

Денис Жименес Рамос

# ДУША ТЕЛА

Юнгианский подход к психосоматике



ДОБРОСВЕТ

Денис Жименес Рамос

# ДУША ТЕЛА

Юнгианский подход  
к психосоматике

**ДОБРОСВЕТ**  
Центр гуманитарных инициатив  
Москва  
Санкт-Петербург

УДК 159.91  
ББК 88.37  
P21

*Книга издана при участии  
Московской Ассоциации Аналитической Психологии  
(МААП)*

*All Rights Reserved  
Authorised translation from the English language  
edition published by Routledge,  
a member of the Taylor & Francis Group*

*The Psyche of the Body: A Jungian Approach to Psychosomatics  
by Denise Ramos*

**Денис Жименес Рамос**

P21 Душа тела. Юнгианский подход к психосоматике —  
М., СПб.: Центр гуманитарных инициатив; Добросвет,  
2019. — 192 с.

ISBN 978-5-7913-0169-7

Представляемая читателю книга — глубокая и содержательная попытка описания юнгианского подхода к психосоматической медицине в частности и психотерапии в целом. Наряду с анализом наиболее значительных исследований в области психосоматики за последние двадцать лет, здесь можно познакомиться с рядом живых клинических примеров, иллюстрирующих обсуждаемые положения современной теории, различные возможные методы терапии, в зависимости от природы заболеваний. Читатель найдёт здесь также краткий обзор долгой истории психосоматической медицины, моделей взаимоотношений между психикой и телом, складывавшихся в разные времена. Сохраняя все существенные достоинства научного издания, книга может быть интересна не только практикующим аналитикам и психотерапевтам, но и широкой читательской аудитории.

ББК 88.37

*Денис Жименес Рамос*  
**ДУША ТЕЛА**

Оригинал-макет подготовлен издательством Добросвет

Формат 60×90 1/16; Объем 12 печ. л.

Центр гуманитарных инициатив

193231, Санкт-Петербург, ул. Коллонтай, д. 27, литер А, офис 9-Н

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии»

109316, Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5

© Denise Gimenez Ramos, 2004.

ISBN 978-5-7913-0169-7 © Ю. Пучкова (перевод с англ.), 2014.

Памяти

Марии да Пенья Жименес  
Нило Рамос  
Рене Виктора Ливиано

Они оставили нам тайну  
и желание с каждым разом  
все лучше ее понимать

## БЛАГОДАРНОСТИ

Столько людей были моими учителями на протяжении этих лет, что невозможно упомянуть всех поименно. Я называю тех, кто сыграл самую непосредственную роль в работе над этой книгой: Люсия Б. Колер и Луис К. Фигейредо внесли большой вклад в этот процесс ценными предположениями и направляли меня, а Лилиана Л. Ваба вдохновляла меня своими идеями и оказывала истинно дружескую поддержку.

Я хочу особенно поблагодарить доктора Матильду Недер. Я горжусь тем, что мне довелось работать под руководством доктора Недер – пионера и учителя, который своим примером вносил смысл и ценность в каждый шаг и каждое открытие. Ее энтузиазм и эмоциональность всегда были со мной.

Я благодарю Пола Брутче и Сюзан Бах Фаундейшн за грант, позволивший мне сделать перевод этой книги, и Эндрю Сэмюэлса за его дружбу и поддержку.

Я благодарна моим пациентам за их веру в меня, которую, надеюсь, я оправдала. А также моим студентам, которые своими непростыми вопросами заставляли меня снова и снова обдумывать то, что мне казалось таким ясным. Я также благодарю Перикла Мачадо за его ценную помощь с обзором свежих исследований, отчетов и данных, Робина Гельда и Линкольна Беркли за помощь в переводе.

И, наконец, я благодарна Вивиан, которая со всей мудростью восьмилетнего ребенка (во время моего доктората) пришла к матери, обложенной кипами бумаг, и оставила записку:

*«Вот ведь увлеклась. Вся идея этой работы – это показать, что человек может превращать одну вещь во что-то совсем другое, хотя...»*

Тогда она сказала, что не знает, что должно быть в конце, и теперь, спустя десять лет я должна признать: видя, как растет сложность наших знаний, убеждаешься, что на самом деле этим будоражающим вопросам нет конца.

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Мой первый сознательный контакт со своим телом и навык управлять им был получен через мою учительницу русского балета Оленеву. Еще до школы в шесть лет мне захотелось походить на балет. Я надела на левую руку колечко, чтобы не запутаться, когда моя требовательная и перфекционистская учительница командовала повернуться. Постепенно я усвоила ее уроки и стала получать удовольствие от музыки и выражения себя в движениях, преодолев страх допустить ошибку и справившись с мышечной болью.

Оленева была из Москвы, она иммигрировала в Бразилию в 1926, где основала большую школу балета, из которой вышли знаменитые танцоры. Ее дисциплина и перфекционизм помогли нам научиться контролировать свое тело, чтобы лучше выражать свою душу, любовь к музыке, фантазии и мечты.

А в университете я обнаружила психологию без тела. Акцент делался на мозге, как будто бы все происходящее зависело от клеток мозга. Ученик З. Фрейда Вильгельм Райх, пытавшийся задействовать тело в психоанализе, был изгнан как из психоаналитического движения, так и из его политической партии. Медицина же лечила пациентов как тела, лишённые душ. Эти факты не помещались в мои собственные клинические наблюдения: пациенты через тело предъявляли свою боль, когда их травмы находились вне пределов того, что осознает эго.

Как соединить артистические наклонности с наукой? Возможен ли диалог искусства и науки? Можно ли найти интегрированный подход к телу и разуму, не отвергающий ни одну из сторон?

Именно в психосоматических исследованиях мы нашли ответы на свои вопросы. Хотя это еще не всеми признано, но сегодня мы считаем все болезни психосоматическими, поскольку тело и разум составляют одно неразделимое целое.

Этим русским изданием я как бы завершаю круг благодарностей от госпожи Оленевой до коллег из Российского Общества аналитической психологии. Благодарю их за возможность поделиться своими размышлениями и исследованиями и надеюсь, что мы откроем новые измерения для плодотворного обмена знаниями и опытом между нами.

Доктор Денис Рамос

# ВВЕДЕНИЕ

Мы не можем избавиться от сомнения, что, вероятно, эта полная разделенность разума и тела может, в конце концов, оказаться просто инструментом рассудка для сознательной дискриминации – интеллектуально вынужденная сепарация двух аспектов одного факта, которым мы потом приписываем самостоятельное существование.

(Jung, 1972: 619)

Недавно мне неожиданно позвонили из реанимационного отделения больницы. Голосом, в котором звучала сильная тревога, мой бывший пациент спросил меня: «Как вы угадали, что у меня будет сердечный приступ, когда все обследования показывали, что я в порядке? Мой врач говорил, что я в отличной форме – а через два месяца этот приступ!»

Это был не лучший момент для пространных объяснений, так что мы поговорили о случившемся и о том, когда я смогу навестить его. Но я надолго задумалась, как можно было бы объяснить пациенту, что я не гадала о будущем, и что мое напутствие быть внимательнее со здоровьем не было интуитивным озарением. Мои рекомендации скорее были основаны на теоретической модели, исходившей из исследования, которое позволило мне предсказать что-то подобное с некоторой долей уверенности.

Этот и многие другие клинические примеры из практики и наших ежедневных встреч ясно показывают

бестолковость, которая все еще распространена в среде профессионалов в области здоровья. Хотя этот пациент давно предъявлял жалобы, связанные с любовными отношениями и «сердечной» болью, современные технологии не обнаруживали подтверждений, и поэтому жалобы прошли незамеченными для кардиолога. Тем не менее, сны пациента, его комплексы, вспыльчивое поведение, сдерживаемый гнев и жестокость ко всем, кто не сразу подчинялся его приказам, – все это были очевидные факторы риска сердечной недостаточности. Не получая обратной связи от доктора, пациент отказался от анализа, сочтя, что все его недомогания «лечатся хорошим отпуском» (слова его врача). На второй день отпуска, на пляже у него и случился сердечный приступ.

Он хотел знать, что произошло. Произошло традиционное расщепление между живым, субъективным телом и биологическим телом, телом анатомии и физиологии. Пациент стал жертвой картезианского деления на тело, душу и дух. Вот от чего он чуть не умер.

Мы бессознательно закрепляем картину, в которой детальное, поминутное описание, сходное с препарированием или физиологическим исследованием, превалирует над переживанием чувств, а также субъективными и символическими ощущениями тела.

В этом противоречии между телом, которое описывают, и живым телом лежит одна из центральных трудностей в достижении общего языка для медицины и психологии. Будучи столько лет разделенными, эти две области знания страдают от взаимных предубеждений, которые мешают обоим. Даже психосоматика – младшая дочь этой пары – страдает от того же невроза, пытаясь свести патологию к причинно-следственной психологии, используя редукционистский биомедицинский метод.

Таким образом, опечалившись недостатком теоретических и методических изысканий, которые были бы нацелены на прояснение отношений между психологическими и физиологическими феноменами, в своей диссертации



в 1993 я определила то теоретическое поле, которое дало бы более широкую, более научную основу в этой области.

Сегодня слово «психосоматика» уже осыпано проклятиями со стороны многих ученых за то, что оно некоторым образом напоминает о психологизме 1970-х, приведшем к тому, что пациентов объявляли ответственными за их боль и страдание. Таким образом, помимо беспокойства из-за болезни, пациентам приходилось винить себя за печаль, доминирование плохого настроения, за то, что у них есть те или иные личностные черты или хроническая депрессия. В то же время ходячим психологическим штампам вроде «желание смерти», «отсутствие воли к жизни» и прочим была противопоставлена эффективность хирургии и лекарственных средств. Психологические теории тоже мало способствовали пониманию феномена души-тела, в котором они либо оставались на поверхностном, поведенческом уровне, либо психодинамически сводили феномен к опыту детской травмы со скудными терапевтическими возможностями.

Эта проблема до сих пор отражается в большинстве разнообразных обстоятельств. Она очевидна в двух школах, медицине и психологии, которые борются за человеческое существо, при этом каждая держится за свою правду и, хуже того, думает о своей части как о целом. Эта претенциозная инфляция, помимо прочих последствий, приводит к определенному научному регрессу и иссушающей односторонности в науке и сознании.

В то же время, пациенты, измученные своими симптомами, разделяют себя на куски и предъявляют их разным профессионалам, и те, в свою очередь, зачастую усиливают «шизофренизацию» пациентов, а то и провоцируют ее сами. И доктор, и пациент, исходя из общего культурного контекста, недостаточно осознают этот процесс, считая эту разнонаправленность вполне приемлемой. Более того, обычно на психологию внимание переключают в случае, когда «органические причины» исключены, потому что

она занимается только «эмоционально нарушенными» пациентами, – усиление «шизофренизации», царящей в профессиональных кругах.

Недавнее введение в оборот терминов вроде «психокардиология», «психоонкология», «психонейроиммунология» и «психозэндокринология» позволяет избегать термина «психосоматика» и при этом способствовать стиранию границ между областями исследования. Однако также оно все-таки отражает разделение тела и идет против общего направления истории, в котором все более раскрывается взаимосвязь между разными системами. Например, невозможно говорить о психокардиологии без изучения психозэндокринологии.

Эту проблему можно понять как результат эволюционного процесса. Мы находимся под воздействием мифов и верований своего времени, так что важно понимать их, чтобы пролить на свет на наши установки в отношении здоровья и болезни (глава 2).

Сегодня мы видим огромный прогресс, особенно в области нейронаук – многообещающем источнике понимания отношений между нервной системой, мозгом и сознанием. Кроме того, в психологии накоплено множество экспериментальных данных, которые хоть и вызывают большую полемику, все же подтверждают влияние психосоциальных переменных на происхождение и развитие так называемых органических заболеваний (я говорю здесь «так называемых» за неимением лучшей терминологии и рассматриваю все заболевания, и физические, и ментальные, как психо-органические).

В главе 5 мы все же увидим, что развитие большинства исследований в этой области было чисто эмпирическим, лишь с небольшой долей или вообще без теории, которая придала бы им какую-то основу. В большинстве исследований есть доказательства соучастия психики и в происхождении, и в лечении органических болезней. Отсутствие теоретической глубины наряду со слабым теоретическим аппаратом создало огромную сложность в интерпретации

результатов, которые ограничены рассматриваемыми переменными.

В приложении к этим областям психологические теории в целом использовали по большей части классическую, детерминистскую, механистическую методологию, не имея связи с новыми научными моделями. Хуже того, они не позволяют понимать феномены, которые выходят за рамки узкого видения этой методологии. Так что есть насущная необходимость в развитии соответствующего теоретического аппарата, который мог бы соответствовать большому масштабу темы – собрать воедино вопросы феномена душа–тело в болезнях. Поддержку этой идее можно найти в аналитической психологии, и настоящее исследование делалось именно с таким прицелом (главы 3 и 4)<sup>1</sup>.

Эта книга представляет собой обновленное издание оригинальной работы, опубликованной в Португалии в 1994 году. Она была написана первоначально для студентов-медиков и профессионалов, многие из которых были знакомы с юнгианской терминологией и стремились развивать теоретические психологические модели для приложения их к пониманию и лечению органических заболеваний в соответствии с современными научными стандартами.

В течение десяти лет, последовавших за первым изданием, этот материал дополнили новые исследования, включая множество диссертационных работ по клинической психологии. Разработанная модель также использовалась психологами и врачами в больничном лечении и показала большой потенциал, особенно в понимании сердечнососудистых заболеваний и рака. Недавно ее с отличными результатами применили в исследовании

---

1 Многие идеи, представленные здесь, близки к идеям Мары Сидоли (2000). Сидоли, скорее всего, не была знакома с моими гипотезами, так как они были опубликованы только на португальском языке, и поэтому вышло удивительное сходство идей, говорящее в пользу описанной здесь модели. Я рекомендую ее книгу в качестве дополнительного чтения к этому труду. – *Прим. авт.*

пациентов с сифилисом, витилиго, заболеваниями сердца и терминальных больных.

В главе 6 мы рассмотрим три случая органических заболеваний в психотерапии, и далее другие виньетки (заключение к книге). Наши цели таковы:

- 1) понять болезни в свете развиваемой аналитической модели и в соответствии с данными исследований;
- 2) использовать аналитическую модель и ее психотерапевтические техники, чтобы посмотреть на изменения в органических симптомах у пациентов.

Мы увидим, что использование аналитической модели для пациентов с органическими симптомами ведет к улучшению общего состояния здоровья и в то же время повышает их уровень сознания. Даже когда нет никакого органического улучшения из-за необратимости клинического состояния, очевидно, что пациенты чувствуют облегчение и большее чувство благополучия за счет понимания процесса и возможности приносить в него символическое значение.

# 1

## НЕКОТОРЫЕ МОДЕЛИ И КОНЦЕПЦИИ БОЛЕЗНИ И ИСЦЕЛЕНИЯ

*Возникающая парадигма выносит на поверхность нашего сознания в более детализированной научной форме то, что мы и наши отцы и предшественники знали уже давно.*

(Laszlo, 1993: 223)

Сегодня нам известно много мифов и моделей, которые определяют наши представления о здоровье и болезни и способы обращения с ними. Они рождены историей человечества и возникают в тандеме с эволюцией человеческого сознания. Они существуют одновременно и противоречат друг другу.

В эпоху информационных технологий люди обращаются к богам, когда им больно, в поисках смысла своего страдания. Загадка жизни и смерти никуда не исчезает, каким бы развитым ни было общество. У современных людей, ищущих смысла, рассудок и вера, научные и религиозные концепции перемешаны и определяют наш настрой перед лицом здоровья и болезни.

Мифы придают форму нашему восприятию мира, включая и тот феномен, который мы собираемся рассмотреть. Они были созданы в процессе поисков смысла

жизни, и через них мы пришли к более рациональному пониманию мира, который нас окружает. Как писал великий ученый Джозеф Кэмпбелл:

*Мифы – это метафоры духовного потенциала человеческих существ.*

*Они связывают нас с природой и с природным миром.*

*(Campbell, 1990: 6).*

Практика науки об исцелении всегда отражает мораль, этику, мифы и психологическое развитие культуры, частью которой является. Далее мы вкратце обсудим некоторые из этих мифов и моделей, особенно те, что актуальны для нас и по сей день.

Расширив перспективу, можно рассматривать развитие представлений о процессах болезни и исцеления как пример индивидуации (психологическая теория К.Г. Юнга) на коллективном уровне. Это дает возможность мета-анализа и более тонкого понимания моделей, которые определяют наши клинические и исследовательские установки.

В соответствии с аналитической моделью, это при рождении погружено в целостность Самости без различения между «я» и «не-я». Это состояние до возникновения эго парадоксально, едино и нераздельно. Появление сознания происходит в результате разрыва этого первоначального единства. Определенные содержания бессознательного начинают медленно отделяться и формировать сознание в процессе, названном М. Фордхэмом «деинтеграцией» (Fordham, 1957). Бывшее ранее целым и единым, становится множественным. Первичные психические структуры должны постоянно разрушаться, расчленяться, чтобы потом соединяться в сознании.

Мы увидим, что модели в массе своей переживают подобный процесс. В начале этого столетия, после множества «деинтеграций», мы пришли к моменту, где завершается новая мандала, замыкая большой круг «интегрирования».

## Примитивная модель

Первичное единство сохраняется у детей и у примитивных народов в большей степени, чем у современных людей – у последних наложение сознательных структур, сосредоточенных вокруг эго, вызывает отчуждение от источника, Самости.

В примитивных сообществах люди были поработаны мощью сил природы, которых своим умом им не могли понять. Люди приравнивали их к божественным силам, находя в этом способ справляться со своей тревогой перед лицом непредсказуемого. Жизнь содержалась в материи, и природные явления персонализировались. Люди и природа пребывали в единстве.

Для этих явлений Юнг использовал обозначение Леви-Брюля: «*participation mystique*», которое «означает особый вид связи с объектом и заключается в том, что субъект не может ясно отличить себя от объекта»: «Эта идентичность проистекает из первичного единства субъекта и объекта, эго и Самости» (Jung, 1971, 781). Мы находим это первичное единство в качестве источника жизни и сознания в самых разных мифах творения и космических мифах. Стоящая за жизнью реальность была невидимой и нематериальной. «Дух единства» включал в себя все элементы сущего.

На взгляд примитивных народов жизнь следует проживать в соответствии с естественными законами духа, и закономерно, что их терапевтические процедуры обращались к тому же принципу (Mauceri, 1986).

В большинстве архаичных религий природа обладала свойством трансцендентности, которое придавало развитию медицины такое направление, в котором главным было почитание духовного начала и поиск некоего большего значения в болезнях и здоровье. Целитель был посредником между космическими силами и пациентом, и его ценность основывалась на вере, что он способствует продолжению отношений первобытного человека с космосом.

Таким образом, шаманом считался специалист по посредничеству. Мифы передавались из уст в уста и материализовались в тотемах и образах. Шаман как медиатор выполнял функцию контакта с духовными силами. Не он сам исцелял. Была важна его способность предчувствовать «экстаз». Он слушал историю пациента не в поисках симптома, а чтобы узнать, в чем пациент совершил ошибку. Болезнь заведомо была результатом того, что нарушено табу или богам нанесена обида. Исцеление заключалось в восстановлении связи между человеком и божествами через раскаяние и жертвоприношение.

Эта идея также возникает в Библии, в истории Мириам, – первом в письменных источниках примере болезни как наказания в иудео-христианской культуре. За критику своего брата Моисея из-за его женитьбы на эфиопке (темнокожей женщине) кожа самой Мириам «стала болезненной и белой как снег» (проказа) и была исцелена только после семи дней раскаяния и жертвоприношения (Числа 12:1-15).

Божественный гнев предлагается унимать различными ритуалами, включающими техники жертвоприношения. У индейцев тукано, живущих в бассейне Амазонки, есть хороший пример того, как болезнь понимают в качестве *dore* (от *doreri*, то есть «что было послано, приказ»). У них болезнь интерпретируется как продукт, посланный сверхъестественным источником в наказание за нарушение моральных норм племени. С другой стороны, *doreri* также означает «превращаться во что-то с помощью воображения», и в этом смысле болезнь и превращение оказываются взаимосвязанными понятиями. Здесь болезнь может иметь много причин (разные проступки), но всегда имеет цель: «превращение». Этот сверхъестественный источник, который «послал» болезнь, обычно в образе животного, должен быть выявлен и трансформирован, в точности как сам пациент меняется, когда взаимодействует через воображение с этим животным, пока оно не будет подчинено. Функция шамана – посредничество



с помощью «пробуждения» невидимых сил и укрепление тела посредством вливаний и зелий (Reichel-Dolmatoff, 1971).

Таким образом, примитивная медицина тоже обладала знаниями о медицинских свойствах трав, музыки и вербальной терапии (слова имели большую силу в дописьменных культурах). И шаман обеспечивал две базовых потребности человека: духовный поиск и здоровье.

Все цивилизации, которые последовали за примитивным обществом, продолжали эту тенденцию. Индуисты, египтяне, китайцы, вавилоняне, халдеи, персы и древние греки построили космогонические мифы, а основными науками считали астрономию и «целительство». Во всех этих культурах мы можем уловить взаимосвязь между эмпирическими способностями и духовными верованиями (Solie, 197).

Лекарь-доктор-священник удовлетворял физические и духовные потребности пациентов так, чтобы сохранить гармонию между душой и природой. До некоторой степени шаман был пионером в применении техник наведения транса, психодрамы, анализа снов, внушения и воображения. Однако если шаман с пациентом вместе воспроизводили ценности своей культуры через коллективные мифы, то современный психотерапевт ищет персональный миф пациента в его бессознательном.

Пожалуй, одно из важнейших различий между примитивными и современными людьми как раз в этом избыточном «персонализме». В эпоху рационализма и технического знания люди оторваны от ценностей религии и природы. Религиозная потребность оказалась оторванной от культуры. Современные люди поверили, что с помощью науки и технологии они смогут господствовать над природой, и тогда их потребность в духовном, в поиске смысла станет менее важна. Это один из мифов нашей эры, унаследованный от греческой медицины – наиболее авторитетной и, возможно, наиболее развитой науки у греков.

## Греческая модель

Греческие врачи были первыми, кто отделил духовную категорию от материальной, и развили научный подход, подобный сегодняшнему: наблюдение, анализ, дедукция и синтез.

Разделение науки о живых существах и о свойствах духовной жизни было у греческих философов предпосылкой, необходимой для понимания природных феноменов. Как бы то ни было, идея управляющего принципа в космосе считалась в космологии непреложной как объективная данность.

Творческой силой считался Нус, управляющий разум, который отделил материальный мир в процессе своей деятельности. Нус не стоял вровень с единым Богом, он был ближе к идее демиурга-творца. Для греческих врачей мир и космос были познаваемы. И в множественности вещей и в единстве изменчивого разнообразия преобладал порядок.

В процессе исцеления обычным делом было применение музыки и слов. Все признавали целительную силу («магию») слов и использовали их, чтобы изгонять «даймонов», злокозненных духов болезни. Внутренняя гармония могла достигаться с помощью музыки, диеты, понимания сновидений и медитации, которые поддерживали устойчивость союза психе и сомы.

Платон, одна из самых значительных фигур греческой мысли середины четвертого столетия до нашей эры, понимал главенствующую роль медицины и часто ссылался на врачебные приемы в своих «Диалогах». В «Федоне» он утверждал, что объектом медицины должен быть целостный человек, и что исцеление должно направлять душу. А в «Хармиде» Сократ делает эти идеи еще более ясными в своей дискуссии с Критием<sup>1</sup>:

---

1 Академический перевод С.Я.Шейнман-Топштейн. В кн.: Платон. Диалоги. М.: «Мысль», 1986. Примечания – А.А. Тахо-Годи, далее к этой цитате приведены в кавычках. – *Прим. перев.*

«Как не следует пытаться лечить глаза отдельно от головы и голову – отдельно от тела, так не следует и лечить тело, не леча душу, и у эллинских врачей именно тогда бывают неудачи при лечении многих болезней, когда они не признают необходимости заботиться о целом, а между тем если целое в плохом состоянии, то и часть не может быть в порядке<sup>1</sup>. Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова, и все остальное тело хорошо себя чувствовали. Лечить же душу, дорогой мой, должно известными заклинаниями, последние же представляют собой не что иное, как верные речи<sup>2</sup>: от этих речей в душе укореняется рассудительность, а ее укоренение и присутствие облегчают внедрение здоровья и в области головы, и в области всего тела... Пусть никто не вздумает убеждать тебя излечить ему голову с помощью этого лекарства, если он прежде не даст тебе подлечить с помощью заговора его душу. «Ныне, – сказал он, – распространенной среди людей ошибкой является попытка некоторых из них лечить либо одним из этих средств, либо другим».

(Платон, 380 до н.э.)

Заметна важность, придаваемая Платоном ноэтической ценности слов и восприимчивости к ней пациента. В другом тексте обнаруживаются его взгляды на идею плацебо. Можно сказать, что традиционная психотерапия обязана Платону значением, придаваемому роли слов в процессе исцеления.

---

1 «О единстве целого и частей см.: Теэтет 204a – 205b. Это единство мыслится не механическим, а диалектическим: целое обладает новым качеством по сравнению с частями (Софист 245a). Поэтому представление об организме как целостном единстве дает возможность лечить не симптомы, больше проявляющиеся в отдельных частях тела, а саму болезнь»

2 «В древности верили, что заклинаниями можно лечить болезни. Это представление основано на действительном наблюдении: определенным образом подобранные слова, воздействуя на психику, помогают больному справиться с физическим недугом. Лекарь – тот, кто правильно подбирает слова (корень слова «лек» указывает на выбор чего-то и затем собирание в целое, т. е. на произнесение и чтение вслух); лечить – воздействовать с помощью правильно подобранных слов (ср. лат. lego – читаю, собираю, elegans – избранный и т. д.)»

В тот же период на территории современных Греции, Италии и Турции существовало более 200 храмов для инкубации, посвященных богу врачевания Асклепию. Без сомнения, это была деятельность первооткрывателей современного холистического лечения. В этих местах руководствовались целостным взглядом на человека, и лечение проводилось посредством специальных ванн, театра, медицинских трав, сна и интерпретации сновидений, и все это происходило в красивой, приятной обстановке (Solie, 1976).

Гиппократ Косский, живший в V столетии до н.э., происходил из семьи, в которой было несколько поколений врачей и почитателей Асклепия. Сегодня он зовется отцом медицины. Наблюдения и выводы Гиппократа дали толчок развитию современной медицины. Слова у него имели уже меньший статус в терапевтическом методе. Рациональное отношение и терапия, ориентированная на причины, с новыми методами наблюдения и лечения заняли место, прежде отведенное ценности слов.

Гиппократ считал мозг рецептором флегмы, избыточной жидкости, выделяемой для того, чтобы снижать слишком высокую температуру тела. Сердце считалосьместилищем души. По Гиппократу, «гнев сжимает сердце, поднимает жар и несет флюиды в голову, а там спокойный разум, эутимия, расширяет сердце» (Simms, 1980).

Если взглянуть на эти наблюдения не буквально, физиологически, а символически, то можно увидеть, как они верны. Это выражения чувств и ощущений с точки зрения субъекта, переживающего сердечные волнения. Однако недооценка вербальной терапии ограничила возможности корректировки отношений между психе и сомой – базисом психосоматики.

Греческая наука, таким образом, положила начало ряду методов, которые должны были стать стандартными процедурами в медицине и психологии нашей эры. Однако было и важное различие: великой целью был поиск знания о природе, а не желание подчинять или менять ее.

От этих позиций нас отделяют многие столетия. Для развития было необходимо, чтобы люди раздробили знание на разделы, разъединили религию, философию и науку. Эта тенденция от века в век становилась все более явной вплоть до XVI столетия, когда Рене Декарт недвусмысленно сформулировал ее, провозгласив четкое разделение между разумом и материей.

### **Картезианская модель**

Картезианская модель подчеркивает, что материя – это реальность, отделенная от активности разума, хотя в итоге они воссоединяются на божественном уровне. Тело можно сравнить с машиной, которая функционирует одинаково во благо и во зло, как при наличии психики, так и без нее:

*«Я рассматриваю тело как не что иное, чем статую или машину, сделанную из глины, которую создал Бог».*

(Descartes, 1971: 120).

Хотя Декарт не сомневался в происхождении духа и материи из единой сферы (божественного), его методы были позднее интерпретированы как предложение представлять материю и дух в качестве несовместимых принципов.

Пересматривая картезианский метод, Браун (1990) делает вывод, что причина, по которой мы объявили Декарта злонамеренным создателем дуалистического мышления, в том, что нам даже сегодня трудно иметь дело со сложностью этого феномена. По правде говоря, если мы прочитаем его «Рассуждение о методе» более тщательно, мы увидим, что Декарт описывает разум и тело как внутренне связанные, взаимозависимые. В Размышлении шестом, «О существовании материальных вещей и о реальном различии между умом и телом», он оспаривает идею, что душа не более «привязана» к телу, «чем пилот к двигателю средству», – напротив, «она очень глубоко привязана к нему... так, что оба составляют целое»

(Descartes, 1988: 63). В «Страстях души» Декарт описывает серию состояний сознания как происходящих из изменений в теле или как последующих за этими изменениями. И Уилсон (1980), и Браун (1990) увидели, что на самом деле Декарт описал не отрыв разума от тела, а скорее взаимодействие, которое показывает глубокие соматические истоки аффективных и перцептивных состояний. Декарт был далек от отрицания взаимодействия «разум–тело». Он определил особое место, где разум и тело взаимодействуют, – шишковидная железа – хотя он и представлял тело как машину, функционирующую без прямого вмешательства души. И тогда переживание чувств – это результат, а не причина материального, соматического эффекта. Более того:

*«Хотя, быть может..., я обладаю телом, теснейшим образом со мной сопряженным, все же, поскольку, с одной стороны, у меня есть ясная и отчетливая идея себя самого как вещи только мыслящей и не протяженной, а с другой – отчетливая идея тела как вещи исключительно протяженной, но не мыслящей, я убежден, что я, что моя душа, которая делает меня тем, что я есть, поистине отличен от моего тела и могу существовать без него».*

(Descartes, 1988: 66)

Возможно, из-за сложности его мысли и самого феномена большинство современников и клинических последователей Декарта понимали его глубокую философию лишь в малой степени. Декарт был до некоторой степени стигматизирован как «создатель» дуализма «разум–тело» и в позитивном смысле, как способствовавший распространению научного мышления, и в негативном смысле, более распространенном сегодня, как препятствовавший более полноценному пониманию человеческой природы.

Конец восемнадцатого века придавал большое значение рассудку, а «Бог» оставался в словах. Руководящим принципом стал рационализм, допускающий знание при условии его верификации средствами интеллекта.

Развивалась также тенденция к отделению религии от науки, мистицизма и верований от «объективного» знания. С психологической точки зрения мы могли бы сказать, что в поисках общего знания коллективное сознание в то время достигло большой сепарации эго от бессознательных содержаний.

С отделением религиозной веры от рассудка и науки была достигнута еще одна ступень в коллективном деинтегративном процессе.

### **Романтическая модель**

Если в пространстве науки новая модель набирала силу и мощь, медицинская практика, даже в первой половине девятнадцатого столетия, следовала романтической модели, которая состояние здоровья связывала с взаимодействием различных факторов. Как видно по бесчисленным отчетам тех времен, первичным источником терапевтического знания были клинические наблюдения за больными.

Эта модель, которую также называли романтической медициной, противопоставляла чистому рационализму возвращение к иррациональности психики. Человеческое существо рассматривалось как единое глобальное поле, а не совокупность частей (Gusdorf, 1984).

Болезнь определяли как неестественный небаланс, вызванный взаимодействием биологических, моральных, психологических и духовных факторов. И, поскольку такие факторы очень индивидуальны, врачи редко прописывали определенное лечение для одной болезни. Напротив, в соответствии с романтической моделью, они настаивали на учете своеобразия каждого пациента при разработке плана лечения (Rosenkrantz, 1985). Даже когда страдание было локализовано в одном отдельном органе, его рассматривали как реакцию организма в целом, как резонанс или компенсацию. Считалось, что все телесные заболевания могут выражать себя в расстройствах

на уровне сознания, подобно тому, как психологические расстройства могут относиться к органическому полю. Симптомы связаны отношениями аналогии и обратимости, которые выходят за пределы механистической интерпретации.

Таким образом, существует парадигма единого органического и ментального поля, признающая их взаимозависимость, выраженную в клинических признаках: «Болезни души могут быть записаны в теле в материальном аспекте, и, наоборот, телесные расстройства могут иметь последствия в ментальном пространстве» (Gusdorf, 1984: 259). Болеющий человек рассматривался в его отношениях с самим собой, с другими и с миром, что соединяло искусство, науку и религию.

В то время дело обстояло так, что психиатрия однозначно вошла в состав медицины и, как мы позднее увидим, этот период также стал свидетелем появления термина «психосоматика». Философии Шеллинга и Каруса повлияли на развитие теории К.Г. Юнга, в основном на концепции коллективного бессознательного и Самости. Например, концепция Шеллинга об архетипе как первичном образе организма в функциональном рациональном единстве соответствует терапевтическому представлению о патологии целостности, основанному не на обращении к каждому симптому с соответствующим лечением, а с интерпретации симптомов как символов моментальной ситуации, для изменения которой необходимо некое глобальное средство (Gusdorf, 1984). Эти идеи при должной разработке могли стать основой аналитической теории.

Поэтому лечение отдельных заболеваний в то время различалось в зависимости от конкретных обстоятельств жизни пациента. Предписывался режим, включающий прием лекарств, диету, коррекцию поведения и перемещение места жительства, что подразумевало глубокое знание пациента. В этой модели главную роль играли отношения между доктором и пациентом, и важнее всего была чувствительность к психологическим факторам. Обзор



литературы XIX века показывает, что сотни статей описывают психологические компоненты соматических заболеваний (Warner, 1986). У.Ослер, выдающийся английский врач XIX века, утверждал, что:

*«В медицине будущего взаимозависимость разума и тела должна быть более полно изучена, и сегодня даже трудно вообразить, в какой форме они могут влиять друг на друга».*

(Lipowski, 1984, 160).

## **Биомедицинская модель**

### **Редукционизм, детерминизм и универсализм**

В конце XIX столетия расцвела критика романтической модели, прежде всего на том основании, что она была преимущественно эмпирическая и не допускала никаких обобщений. В рамках этой модели знание, полученное при лечении одного пациента, могло быть применено к другому только в очень ограниченных пределах, поскольку зависело от клинических наблюдений.

Постепенно большее влияние стала приобретать биомедицинская модель, основанная, прежде всего, на экспериментальной физиологии (Myers and Benson, 1992). Заболевание теперь определялось как отклонение от нормы, а не в холистической манере как неестественное нарушение баланса. Внимание к взаимодействию между психологическими, биологическими, средовыми и личными факторами было заменено на акцент на биологических аномалиях. Клинические наблюдения постепенно были вытеснены экспериментальным подходом, который теперь рассматривался как основной источник научного знания.

На смену взгляду на телесную систему как на единое целое пришла тенденция сводить систему к ее частям и рассматривать по отдельности все подсистемы. В то же время фокус рассмотрения сместился с индивидуальных на универсальные аспекты патологии. В конце

концов, материализм занял место прежней тенденции, которая в работе с пациентом рассматривала моральные, социальные и психологические (нематериальные) факторы.

Таким образом, переход от романтической модели к редукционистской был неизбежен. Определение болезни как отдельной единицы, состоящей в отклонении от фиксированных физиологических норм, подразумевало, что тело считают набором связанных, но относительно независимых систем.

Поиск специфической этиологии направил эту тенденцию еще далее по пути редукционизма, который стремился раскрыть одну единственную причину заболевания, а не вести пациента к восстановлению баланса. К тому же, редукционизм был необходим для экспериментирования в лаборатории, которое требовало, чтобы система подчинялась одной или нескольким переменным. Это позволяло сделать выводы о вкладе каждой части в целое, потому что здесь функции целого организма могли быть экстраполированы и поняты с помощью анализа его меньших частей.

Также была неизбежна тенденция в направлении универсализма – упора на универсальные аспекты болезни. С принятием биомедицинской модели были описаны нормы бесчисленных параметров – физиологических (температура, артериальное давление и т. д.) и психологических (ощущение, мысли, эмоции). Отношение к пациенту как индивиду были отброшено, потому что считалось, что эти нормы были по сути своей универсальны и отклонения от них являются болезнью. Измерения, анализы и диагнозы могли быть сделаны без рассмотрения социальных, моральных или психологических характеристик пациента. Практика фокусирования на специфических качествах пациента не поощрялась. Психические и социальные факторы рассматривались как «эпифеномен», не имеющие никакого влияния на тело и поэтому оставлялись за бортом клинического лечения.

Биомедицинская модель также включила в себя строгий материализм. Нематериальные факторы считались трудноизмеримыми в условиях лаборатории и поэтому игнорировались (Myers and Benson, 1992). Если «идеи» не имели «материальной» силы, то они не брались во внимание, потому что никак не влияли на тело (Foss and Rothenberg, 1987).

Этому периоду принадлежат исследования в области семиологии болезни, то есть науки о знаках заболевания. Знаки более не рассматривались как символы заболевания. Учитывались лишь внешние проявления болезни. Описания цвета, запаха, звука, плотности, температуры, физических размеров и т.д. вели ко все большей объективизации, подкрепленной развитием технологии. Здесь разум и поведение рассматривались как квазифизические единицы, разделенные на ощущения, мысли, чувства, потому что они занимали место репрезентации в мозге и были измеримы (Fabrega, 1990).

Кроме того, каждое заболевание стало рассматриваться как имеющее отличительный паттерн развития. Впервые, считалось, что эти паттерны возникают из-за анатомических и физиологических повреждений. Только позднее в дифференцировании «внутренних» и «внешних» признаков стали думать о «психологических повреждениях», как при неврозе или феномене галлюцинации. Разработка концепции галлюцинации и невроза как феномена, который не был «внутренним» и физиологическим по происхождению, внесла вклад в различение «чисто психологических» и «чисто физиологических» явлений и в развитие психопатологии (Fabrega, 1990). Это различение между абнормальными состояниями тела и разума позднее привели к концепции психосоматики.

Семиологический подход к изучению заболеваний, физических и ментальных, также использовался в отношении феноменов, сегодня относимых к психосоматическим, таким как состояние хронической усталости. Например, истощение неизвестной органической природы

было и до сих пор рассматривается многими клиницистами как признак депрессии, т. е. как «ненастоящее» истощение. Жалобы на органическое заболевание без биологических оснований даже сегодня рассматриваются традиционной медициной как ложные. Они отбрасываются или сводятся к «чисто психологическому» феномену – следовательно, менее значимому.

В итоге мы вступаем в XXI век с фрагментарным видением, когда при изучении заболевания упор делается на дробление, объективность, конкретику и стандартизацию. Главенствующий миф говорит, что человек может рассекать, подчинять и управлять природой. Эти факторы, сформировавшие нашу концепцию болезни и отношений «разум–тело», также лежат в основе психосоматики.

### **Психосоматическая концепция**

И в сфере медицины, и в психологии есть существенное недоразумение в отношении концепции отношений «душа – тело» и болезни. Концепты типа истерии, конверсионных механизмов, соматизации и психосоматизации использовались в разных публикациях в схожих значениях. Как мы увидим, в сфере эмпирических исследований проблема лишь возрастает. Многие авторы, похоже, не уверены в определениях и теориях и проводят эмпирические исследования без определения используемых понятий. Нет согласия даже в употреблении термина «психосоматика».

Вероятно, впервые в истории этот термин был использован в 1808 году немецким психиатром Хайнротом в попытке объяснить происхождение бессонницы. Позднее он изредка применялся немецкими и английскими врачами (Lipowsky, 1984). По Хайнроту:

*«Как правило, происхождение бессонницы психосоматическое, но возможно, что каждая фаза жизни может сама по себе привносить разные причины для бессонницы»*

(Margetts, 1950: 403).

Позднее, в 1828 году Хайнрот ввел термин «сомато-психический». Последний применялся к заболеваниям, в которых органический фактор подвергался влиянию эмоционального, «психосоматического», обозначающего власть «любовной страсти над туберкулезом» (Haunal and Pasini. 1983).

Сегодня считается, что первым автором, который ввел термин «психосоматическая медицина», был Дойч, хотя принципиальную базу под определение этой области подвела Данбар (1935) своими систематическими наблюдениями и применением научной методологии. Термин был введен в обращение в публичном и научном пространстве за неимением лучшего, и сама Данбар не считала этот термин удовлетворительным, так как он не выражал тот факт, что разум и тело – половинки фундаментальной целостности. Данбар, испытавшая влияние Юнга и Дойча, в 1939 году основала Американское психосоматическое общество и его журнал (*Psychosomatic Medicine*, 1939).

Незадолго до написания своей книги, Данбар посетила Дойча в Вене и Юнга в Цюрихе (Kornfeld, 1990). Юнг в то время был вовлечен в исследование теста психофизиологической реакции в результате активации комплексов, а также изучение типологии и физических проявлений. Он утверждает:

«Различие между разумом и телом – это искусственная дихотомия, факт дискриминации, основанный больше на особенностях интеллектуального познания, нежели на природе вещей. На самом деле связь между телесными и психическими чертами так тесна, что мы можем не только набросать далеко идущие влияния, как конституция психики от конституции тела, но и связать психические особенности с соответствующими телесными характеристиками»

(Jung, 1971: 916)

По возвращении в Соединенные Штаты Данбар продолжила исследования, ставшие стимулом к основанию Общества, которое до сих пор является, вероятно, одним из самых крупных и влиятельных в этой области.

Во вступительном слове к первому номеру *Psychosomatic Medicine* (1939) мы находим следующее определение, которое остается непревзойденным и остается руководящим принципом в работе этой группы:

«Объектом является изучение взаимной связи психологического и физиологического аспекта нормального и аномального функционирования тела и включение соматической терапии в психотерапию»

(Editors, 1939: 3-5)

Публикация книги Данбар, за которой последовало основание Общества и журнала, обозначило возникновение области психосоматики как организованного поля научного исследования и дало подъем движению, намеревавшемуся трансформировать лечебную практику. Однако, как мы видели, в определении поля психосоматической медицины редакторы позиционировали его как взаимоотношения между психологическими и физиологическими аспектами функционирования «тела». Это тенденциозное утверждение, которое предлагает применение органического подхода в психотерапии. В другом абзаце в этой статье редакторы подчеркивают дуализм «разума – тела», предполагая, что это поле отделено от психиатрии и, добавим, от психологии тоже, – обе они усугубляли диссоциацию «разум–тело» (Lipowski, 1984). Исследователи из разных областей разработали подобные исследования, демонстрирующие отношения «разум–тело» в соответствии с научными параметрами того времени.

В 1930-е годы исследования в психофизиологии, проведенные Павловым и Кэнноном, стали неотъемлемым компонентом психосоматики, сосредоточившись на механизмах, которые связывают психологические переменные с телесными функциями. Однако, применяя классическую экспериментальную методологию, они усилили дуалистический взгляд.

Гештальт-психология Кохлера, Коффки и Вертгеймера в 1920-е и 1930-е годы возникла в ответ на эту экспериментальную и лабораторную психологию с тезисом, что

тело не может быть понято из исследования его изолированных частей, а только как нередуцируемая целостность с собственными законами (Heidbreder, 1964). По Кохлеру, функционирование каждого элемента будет зависеть от структуры целого и от законов, которые в нем действуют (Kohler, 1947). Как мы увидим, эта идея будет снова принята на вооружение в холистической модели наших дней.

Другой важный вклад в область был сделан Селье (1956) – открытие синдрома общей адаптации, сегодня более широко известного как синдром стресса. Селье определял стресс как «сумму всех неспецифических воздействий со стороны факторов (нормальной активности, возбудителей болезней, лекарств и т. д.), которые могут действовать на тело» (Selye, 1956: 42). «Стресс – это условие, состояние, и, тем не менее, как таковой он неопределим сам по себе, он проявляет себя измеримыми изменениями в органах тела» (Selye, 1956: 43). «Стресс – это обычно результат битвы за самосохранение (гомеостаз) частей внутри целого» (Selye, 1956: 253).

Хотя его подход и исследования явно следуют редуccionистской и органистской модели, они ведут к более глубокому пониманию. Селье утверждает, что в каждой болезни есть некий элемент адаптации. По Селье, существует группа заболеваний, названных им болезнями адаптации, которые являются защитными и адаптивными реакциями тела, смесью защиты и подчинения. Некоторые заболевания могут быть вызваны избытком защиты, другие – избытком телесной реакции подчинения.

Его основное допущение в отношении психосоматики – открытие того, насколько сильно и как именно тело меняется под воздействием стресса. Согласно Селье (1956), «разбирая наши трудности, [мы могли бы] ясно различить роль, которую играет стрессор, и ... наши адаптивные меры защиты и спасения». Хотя он утверждает, что «итоговая цель человека в том, чтобы выразить себя так полно, насколько возможно, в соответствии с его собственными правами» (Selye, 1956: 253), ему не хватило более гло-

бальной теории о человеке, которая позволила бы увязать его физиологические открытия и философские взгляды.

На другом полюсе Фрейд (1891/1954) изучал влияние эмоций на тело, в основном в отношении этиологии симптомов. Его концепции подавления и конверсии дали инструменты, которые могли бы быть применены к гипотезе психосоматических отношений.

По Фрейду (1895/1966), истерические симптомы возникали, когда аффект, связанный с идеей, приходил в конфликт с эго и был впоследствии подавлен и разряжен в соматическом симптоме и иннервациях. Фрейд использовал термин «конверсия» для описания процессов, где возбуждение трансформировалось в истерические симптомы, а также «соматическая податливость», чтобы отметить органическую восприимчивость в результате травмы, которая служила бы «подложкой» истерической конверсии. Как бы то ни было, он ограничил эти гипотезы истерией и не распространял их на органические заболевания.

Представляя формальную теорию бессознательного в пределах системы научных взглядов своего времени, Фрейд предполагал, что психика имеет особую измеримую топографию и виды деятельности. Фрейдистская мысль также вела к объяснению развития и динамики культуры. Его теории инстинкта, подавления, вины и сублимации образовали базу для теории общественной жизни и социума. По Фрейду, инстинкты – это первичные силы в человеческой жизни, и функционирование индивида будет привязано к балансу этих сил и внешнего мира в соответствии с требованиями суперэго и принципом реальности. Индивид будет, таким образом, подавлять свою инстинктивную жизнь и свои желания, чтобы могла осуществляться интеграция на социальном уровне, – интеграция, в свою очередь порождающая тревогу и психические расстройства. Любое эмоциональное взаимодействие будет психологическим событием, а не вопросом либеральности или моральной свободы. Фрейд не мог признать, что эти существенные взаимодействия происходят из духовного



человека, пребывающего не в борьбе с собой, а в поиске смысла. Фрейд открыл бессознательное, но переоценил его власть и ограничил его выражение.

С этой точки зрения, терапия позволяет психике достичь индивидуального согласия с обстоятельствами жизни, придавая дополнительную энергию, но не давая оснований ее использовать. Вера в то, что происхождение религиозной мысли было выражением психической зависимости, связана с его потребностью уменьшить страх неизведанного. Фрейд намеревался освободить человечество от подавляющего страха, диктуемого религиозными институтами, веря, что мы, таким образом, сможем хладнокровно принять окончательность смерти и отсутствие духовной силы. Это был один из пунктов, ведущих к историческому разрыву с его учеником Юнгом.

В связи с плодотворным развитием психоанализа в тот период большинство исследователей психосоматики до самого конца 1940-х годов учили своих студентов в этом русле. Самый значимый пример – развитие Чикагской школы под руководством Франца Александра и Томаса Френча.

Александр находился под большим влиянием психоанализа, гештальт-психологии и достижений нейрологии и эндокринологии. Хотя он считал, что соматические и психологические феномены возникают в одном организме и представляют собой, в основном, два аспекта одного процесса, он в своей практике не ушел от дуалистического видения:

«Психосоматические исследования имеют дело с процессом, в котором определенные связи в причинно-следственной цепи на нынешней стадии нашего знания склоняются более к изучению скорее психологическими, а не физиологическими методами, в которых детальное расследование эмоций как мозговых процессов существенно не продвинулось. Даже когда физиологическая основа психологических феноменов будет известна лучше, мы, по-видимому, не сможем обойтись без психологического исследования»

(Alexander, 1923/1989: 47)

Александр работал с гипотезой специфичности заболевания, в соответствии с которой «физиологический отклик на эмоциональные, нормальные и болезненные стимулы, различаются в соответствии с природой эмоционального состояния, которое лежит в его основе» (Alexander, 1923/1989: 55). Есть некая специфичность (органическая) в том, как психологическая движущая сила могла бы себя выражать (Alexander, 1923/1989: 57). Таким образом, каждое заболевание будет корреспондировать с эмоциональной картиной или типом личности. Александр описал семь заболеваний, позднее известных как психосоматические, но он считал, что «каждое заболевание психосоматично, так как эмоциональные факторы влияют на все процессы в теле через нервные и гуморальные пути» (Alexander, 1923/1989: 44).

Хотя концепция следует линейной причинной и редуктивной модели, Александр привел значительные описания и клинические разборы, особенно если их интерпретировать в свете более широких теорий.

В психоаналитической традиции другой значительный вклад был сделан Психосоматической школой в Париже. Ее представителями были Марти, М'Юзан и Давид (1963). Ее центральная идея была в том, что психосоматические пациенты отличаются от прочих бедностью символического мира. Они видят мало сновидений, и их сны «реалистичны». Психическая обработка недостаточна, и их мышление принадлежит операторному типу, заключенному в конкретной и прагматической ориентации. Психосоматические пациенты имеют слабую связь со своим бессознательным. На стресс они отвечают соматическими заболеваниями из-за неспособности к символизации. Эти авторы утверждают, что органическим расстройствам, в отличие от неврозов и психозов, свойственна малоосмысленность, отсутствие символического значения, и что психические и органические заболевания исключают друг друга.

Сифнеос и Немиах разрабатывали подобную идею в отношении концепции алекситимии в 1970<sup>1</sup>. Они считают, что психосоматические пациенты алекситимичны, то есть неспособны определять и выражать чувства, а также имеют сложность в распознавании чувств (Sifneos and Nehemiah, 1970).

Несмотря на эвристическую ценность этой концепции, ее применимость ограничена, так как она противоречит большинству профессиональных клинических наблюдений:

*«На практике мы видим психосоматические манифестации, выдаваемые истерическими, обсессивными и психотическими личностями. Мы можем видеть психосоматические симптомы, инкорпорированные в значимые ассоциативные цепи у невротиков или артикулированные в делирии психотических личностей, хотя мы также наблюдаем существование пациентов, классически соматизирующих, как описано у Марти».*

(Santos and Otelo, 1992: 110)

Проблема психоаналитического концептуализма в психосоматике в том, что работа с символом производится только в вербальном, абстрактном плане. Считая, что соматизация не имеет символического значения и является просто сигналом о дисфункции, французская школа упускает прямой путь работы с бессознательным и сталкивается с техническими сложностями. Так, Марти (1990) предлагает психоаналитикам терапевтическую непсихоаналитическую форму работы, такую как использование релаксационных техник для соматизирующих пациентов.

Психоаналитик МакДугалл (1986, 1989) называет этих алекситимических пациентов нормопатами – теми, кто использует ложную не-аффективную нормальность для адаптации. Однако она утверждает, что многие

---

1 Алекситимия – от греч. alexo, разделять, исключать, и thymos – душа, желание; буквально отделение от желания или от души. – Прим. авт.

органические пациенты не укладываются в рамки этого подхода, и, как мы увидим, она приводит некоторые ценные наблюдения.

Таким образом, многие идеи развивались без подходящей общей структуры, которая бы их сгруппировала и позволила бы соотнести теорию и терапевтическую практику.

По Мелло и др. (1992), психосоматика прошла в развитии три фазы:

(а) начальную или психоаналитическую с преобладанием исследований, в частности, бессознательного генеза заболеваний, теорий регресса и вторичных выгод быть больным;

(б) промежуточную или бихевиористскую, пытающуюся задать общую структуру находкам в свете точной науки и придания значения исследованиям стресса;

(с) современную или мультидисциплинарную, в которой в среде профессионалов здоровья подчеркивается важность социального и психосоматического взгляда как активного взаимодействия (Mello *et al.*, 1992: 19).

Мы могли бы добавить, что в третьей фазе, где мы сейчас находимся, не существует непротиворечивой теории. Модель, которую мы до сих пор используем, следует классической биомедицинской модели. По словам Кастиеля:

«Путь, которым надо следовать в поиске заявки на более согласованную парадигму, породившую бы более эффективные психосоматические интервенции, должен включать теоретические исследования в таком направлении, чтобы развернуть идеологию медицинских теоретиков, происходящую из позитивистской традиции XIX века... Мы таким образом прибегаем к интервенциям, которые могли раньше обладать значимой степенью эффективности, но которые теперь, кроме провоцирования определенных ятрогенных эффектов, более не эффективны»

(Castiel, 1991: 272).

Мы можем заметить, таким образом, что концепция психосоматизации, хотя и представляет новую деинтеграцию

в коллективном сознании, все же погружена в биомедицинскую модель, которая может быть вкратце сформулирована так: тело – это машина, которая должна быть проанализирована и сведена к своим мелким частям. Психика и тело имеют причинные и детерминистские отношения, и их можно объективно различить. Здоровье определяется как отсутствие болезни, которая, в свою очередь, определена как плохое функционирование биологических и/или психологических механизмов.

С 1980х годов эта модель начала терять силу и была в некоторых областях заменена так называемой холистической моделью. Она, как мы увидим, частично наследует романтическую модель, имеет параллели с развитием современной науки и включает в себя видение экологичного всеобъемлющего мира, в котором вселенная видится как живая система взаимосвязей. По словам Кэмпбелла:

*«Новые мифы появляются из идеи, что человек произошел из земли, а не заброшен сюда откуда-то... Человек и есть земля, и есть сознание, глаза и голос земли... Все на планете – это один живой организм»*

(Campbell, 1990: 25).

Вплоть до сегодняшнего времени не установлено никаких концептуальных или институциональных теоретических рамок, которые могли бы поместить проблему здоровья и болезни в новую парадигму. Мы должны, таким образом, постепенно формулировать новый теоретический подход и разрабатывать метод исследования и лечения соответственно.

## **Холистическая модель**

### **Индетерминированность, релятивизм и плюрализм**

«Холистический» – это слово происходит от греческого holos (целый). По Уэйлу, оно впервые было использовано в 1926 году Смутсом в книге «Холизм и эволюция», чтобы обозначить идею вселенной, находящейся в непрерывном становлении. Живая сила отвечает за формирование

комплексов на разных уровнях: идеологическом, биологическом и психологическом (Weil, 1990).

По Смутсу, целостность – это фундаментальная характеристика вселенной; продукт стремления синтезироваться, которое исходит из природы. «Холизм создает себя и его окончательные структуры более холистичны, чем его начальные структуры» (Ferguson, 1980: 156). Таким образом, целостности динамичны, эволюционны и креативны. Они не могут быть поняты через разделение на части. Они не могут быть предсказаны по наблюдениям за их компонентами. Прошло много лет, прежде чем термин «холизм» смог быть включен в разных области знания.

Прогресс в молекулярной медицине, нейробиологии, генетике и приложении квантовой теории к биологии расширили наш способ видеть отношения «разум–тело» и привели к новым размышлениям о здоровье и болезни. Современная научная мысль, от физики и химии до биологии и психологии, привела нас к видению мира, который, до определенной степени, близок к воззрениям более традиционных и «естественных» культур. Так что новые тенденции начали ставить холистический принцип или психическую силу выше, чем любые нейробиологические события, и молекулярные описания психической жизни начали раскрывать взаимозависимость разума и тела как значимой единицы.

Квантовая физика научила нас, что материя и энергия – это два разных аспекта одной реальности и что их физические характеристики могут быть замечены только как статистическая вероятность. Эта неопределенность на самом деле является функцией отношений материи и энергии в представлении экспериментатора. Таким образом, квантовая теория ставит под вопрос принципы причинности и детерминизма и ведет к глубоким изменениям и в гуманитарных, и в биологических науках. В этой парадигме любая природная сила (такая, как гравитация, например) не может быть понята редуктивно.

Мы можем измерять ее эффекты, но не сущность, которая не-демонстрируема.

Если молекулярный уровень полезен для изучения физиологических явлений, то на квантовом уровне материя и психика смешиваются. Современная наука тем самым предполагает проблематичную природу знания.

Здесь идея нормальности и универсальности ставится под вопрос. Мартинс и Бикудо утверждают:

*«Как положение или импульс частицы, так и мотивация и установки индивида не являются объектами, представимыми через объективно измеряемые характеристики, так как характеристики относятся к месту, моменту, способу и причине их измерения»*

(Martins and Bicudo, 1989: 69).

Ласло (1993), один из выдающихся ученых нашего времени, в поисках общей теории утверждает, что наука находится на пороге новой «революции», которая обещает быть даже масштабнее, чем коперниканская, и она может разворачиваться лишь междисциплинарно как более холистичный, системный подход, как космологическая революция в том смысле, в каком космология всегда была наукой о реальности в целом.

В поле психосоматики мы находим некоторые публикации, которые пытаются интегрировать эти концепции в новом определении:

*«Психосоматика – это термин, относящийся к неразделимости и взаимозависимости психологических и биологических аспектов человека. Это определение может быть понято как холистическое, в котором подразумевается видение человека как целостного, как комплекса «душа – тело», включенного в социальное окружение»*

(Lipowski, 1984: 167)

По мнению Капры (1982), холистический подход в лечении находится в гармонии с более традиционным взглядом и также совместим с современными научными теориями.

В медицине и психологии термин «психосоматика» используется, как мы видели, для указания на болезнь с диагнозом, который органически не определяем. Современное применение этого термина изменилось и происходит из знания фундаментальной взаимозависимости между духом и телом на всех стадиях болезни и здоровья. Было бы редукционизмом считать, что есть болезни, вызванные только психологическими или только органическими факторами. Всегда есть много переменных, вовлеченных в любое явление. Так что мы должны рассматривать все заболевания как психосоматические постольку, поскольку они подразумевают постоянные связи между телом и разумом в их происхождении, развитии и лечении.

ЛеШан (1992), выдающийся психолог и исследователь этой области, описал три принципа, которые лежат в основе современной психосоматической медицины. Первый утверждает, что индивид существует на многих уровнях или сферах равной важности. Разделять их на тело, разум и дух привычно для западной традиции, однако можно применять и деление на другие уровни. Второй принцип: каждая личность может быть рассмотрена как уникальная и заслуживает соответствующего обращения. И третий: пациента следует вдохновлять на то, чтобы он получал выгоду от своей автономии в процессе лечения.

Следуя этим трем принципам, мы можем помогать развивать среду, в которой способности индивидов лечить себя с большей вероятностью выйдут на поверхность в помощь аллопатической медицинской программе. С другой стороны, мы можем сказать, что эти принципы стремятся вызвать высший уровень активности в процессах и структурах, относимых нами к «иммунной системе». Здесь важно помнить, что любая система является самочинным ответвлением (читай, «деинтегратором») и сама по себе не обладает абсолютной истиной. В других ответвлениях действуют другие законы. Сильно отличающиеся от привычных нам системы, скорее всего, были разработаны



в других условиях. Медицино-психологическое деление – одно из «деинтегративных» системных образований, которые, конечно, устареют когда-нибудь в будущем.

Необходим новый синтез. Новая деинтеграция начинается, чтобы возникнуть из коллективного бессознательного, формируя новую модель. Наша эволюция зависит от уровня нашего сознания и нашей способности вынести вперед информацию, которая уже есть в бессознательном.

Резюмируя предыдущие концепции, практики, методы и техники, холистическая модель пытается интегрировать их в современный мир. Но даже у авторов, которые используют новый подход, можно заметить отсутствие концептуальной модели. Различные исследователи и клиницисты в этой области, включая ЛеШана, не имеют определенной теоретической парадигмы, которая давала бы им основу. Техники применяются и апробируются, в целом с хорошими результатами, но в форме, которая исключительно эмпирична.

Однако можно заметить, что этот новый подход и новый взгляд уже описан полностью в аналитической психологии. Вышеописанные принципы холистической модели есть в теории и психотерапевтическом методе Юнга, даже если о них не упоминается напрямую.

Вот почему я считаю, что аналитическую модель можно использовать для развития теории, описывающей болезнь и здоровье в их взаимосвязи с феноменом «души – тела».

# 2

## АНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Наш мозг имеет дело исключительно с опытом частных случаев. Только наш разум способен раскрывать генерализированные принципы, оперируя без исключения в каждом частном случае, который если замечен и освоен, дает познаваемое преимущество во всех случаях.

(Fuller, 1963: 1)

### **Психофизические эксперименты**

Хотя ссылки на материалы по теме «тело/разум» редки в аналитической психологии, к 1906 году Юнг уже заложил фундамент для рассмотрения этого явления через развитие словесного ассоциативного теста. Вначале используемый для того, чтобы диагностировать неврозы и психозы посредством комплексов, которые всплывали в эксперименте, и чтобы сократить время «психоанализа», этот тест оказался пространством для базовых наблюдений за человеческой психофизиологией. Юнг имел в виду результаты этого теста, когда говорил:

«Физические и психические симптомы не что иное, как символические манифестации патогенных комплексов»

(Jung, 1973: 727)

В этих экспериментах с ассоциациями Юнг заметил, что комплексы работают, как автоматизмы, и заменяют проявление силы эго-комплекса:

*«На этом пути постепенно возникает новая болезненная личность, чьи склонности, суждения и решения движутся в одном направлении – к тому, чтобы быть больной. Эта вторая личность пожирает все, что осталось от нормального эго, и принуждает его к роли вторичного (подавленного) комплекса».*

(Jung, 1973: 861)

*«Эго определяется здесь не что иное, как комплекс фантазий, удерживаемых вместе и фиксируемых кинестетическими впечатлениями».*

(Jung, 1973: 1352)

*«Есть подобие между эго и вторичными комплексами, так как их эмоциональный фон также основывается на кинестетических впечатлениях, принимая в расчет, что любой из них может временно подавляться или отщепляться»*

(Jung, 1973: 1352)

Неисчислимы случаи и исследования, упоминаемые Юнгом, ясно показывают функционирование невротического симптома как наилучшего выражения проживаемого и подавляемого конфликта, в основном у истерических пациентов.

*«В глубине души каждого истерического пациента мы всегда находим старую рану, которая все еще болит, а в психологических терминах – чувственно окрашенный комплекс»*

(Jung, 1973: 915)

Та же концепция использовалась и в объяснении психозов (Jung, 1973: 1352). В лаборатории Психиатрической клиники Юнг вместе с Петерсоном провели широкомасштабное исследование психофизических реакций у здоровых людей и пациентов с психопатологиями. Целью исследования было:

*«определить ценность так называемого психофизического гальванического рефлекса как фиксатора психических*

стимулов; определить его нормальные и патологические вариации; изучить респираторную иннервационную кривую в тех же отношениях; и, наконец, сравнить гальванометр и пневмограф при влиянии разнообразных стимулов»

(Jung, 1973: 1036).

Кратко резюмируя открытия Юнга, можно процитировать следующее:

1. Колебания на гальванометре и во времени реакции могут быть использованы для количественного измерения эмоциональной окраски. Каждый стимул, который сопровождает эмоцию, вызывает рост электрической кривой, который прямо пропорционален живости и актуальности возникшей эмоции (Jung, 1973: 1049).
2. Воображаемые эмоции могут вызывать такие же реакции (Jung, 1973: 1050).
3. Сильная эмоциональная лабильность вызывает заметные вариации в кривых на пневмографе и гальванометре (Jung, 1973: 1057).
4. Дыхание подвержено подавлению в ситуациях ожидания, напряжения и волнения; тем не менее, поскольку оно в большей степени под сознательным контролем, иногда пневмографическая кривая не показывает значительные изменения (Jung, 1973: 1062).
5. Изменения в дыхании в связи с эмоциональными состояниями более значимы в выдохе в момент расслабления, нежели во вдохе (Jung, 1973: 1063).
6. Время задержки между одним стимулом и изменением электрического сопротивления кожи, как показано на гальванометре, предполагает изменения в симпатической нервной системе, возможно, под влиянием потовых желез (Jung, 1973: 1064).
7. Гальванометрическая кривая по этим причинам более тонко связана по сравнению с пневмографической кривой с эмоциональными комплексами (Jung, 1973: 1064).

Ассоциативный эксперимент обеспечил средства для экспериментального исследования поведения комплексов и отношений «душа – тело», делая возможным лучшее понимание структуры эго и личного бессознательного.

## **Теория комплексов**

Таким образом, комплекс определяется Юнгом как «скопление фантазий, которое в силу своей автономности относительно независимо от центрального контроля сознания и в любой момент может перечеркнуть или подчинить себе намерения индивида» (Jung, 1973: 1352). Для Юнга и неврозы, и психозы, симптомы соматической или психической природы берут начало в комплексах. В неврозах комплексы подвергаются постоянным изменениям, а в психозах они остаются фиксированными, преграждая личности путь к продвижению вперед (Jung, 1973: 1354). Чем более интенсивен и более автономен комплекс, тем более внушительна симптоматика: «сильный комплекс обладает всеми характеристиками отдельной личности» (Jung, 1973: 1352).

На протяжении бесчисленных исследовательских работ Юнг демонстрировал, что основа и эго, и вторичного комплекса – это тело, поскольку оба имеют эмоциональную окраску, основанную на кинестетических впечатлениях, понимаемых здесь как общность ощущений, которые исходят из телесных органов, то есть ощущений, посредством которых тело воспринимает само себя.

В дальнейшей работе (1974) Юнг разъясняет, что эго, происходя из архетипа Самости, имеет психический базис и соматический базис. Соматический базис состоит из сознательных и бессознательных эндосоматических ощущений. Возникновение эго вызвано «столкновением между соматическим фактором и средой» (Jung, 1974; 3–6).

Фордхэм (1957) в клиническом исследовании детей также показал, что эго происходит из архетипа целостности, Самости, которая выражает себя, как и все архетипы,

в опыте тела, с одной стороны, и в архетипических образах, с другой.

Таким образом, когда данный комплекс констеллируется, это не только изменение на психологическом уровне, как показано в ассоциативном эксперименте, но также и трансформация в структуре тела в целом, осознает это индивид или нет. Эта трансформация может быть почувствована как неопределенное чувство болезненности или может выражать себя в явных симптомах.

Теперь мы можем заметить, что каждый комплекс, включая эго-комплекс, имеет специфический паттерн кинестетических образов и ощущений. Собственный образ тела – это часть эго-комплекса, как и все кинестетические ощущения, присутствующие в сознании и формирующие устойчивую и относительно стабильную структуру у нормального индивида.

## **Формирование символа**

Формирование образа тела – не только результат личного опыта, оно основано на отношениях между эго и Самостью, у которой есть собственная телесная репрезентация. Телесное сознание «деинтегрировано», это восприятие части целого тела, телесной Самости.

Развитие индивидуального и/или коллективного сознания выносит на поверхность другие новые «деинтеграторы», другое знание, которое связано с этим навсегда разделенным восприятием телесного сознания. Знание целостного тела перекликается со знанием тела Самости, тела Целостности.

Для нормального индивида деинтегрированное возникает в сознании в форме символа, иногда в его более конкретном полюсе, в других случаях в более абстрактном, но всегда действующем синхронистично. Развитие эго зависит частично от его способности вбирать эти символы, образы и ощущения, которые снабжают эго информацией о Самости.

С другой стороны, символы Самости рождаются из глубин тела. Юнг говорит:

«Таким образом, символ – это живое тело, *corpus et anima*... Более глубокие слои психе утрачивают свою индивидуальную уникальность по мере удаления все далее во мрак... по мере опускания, то есть по мере приближения к автономным функциональным системам, они (символы) становятся все более коллективными, пока не универсализируются и не вырождаются в материальности тела, то есть, в химических веществах. Углерод тела – это просто углерод. Поэтому «на дне» психе – это просто «мир»... Чем более архаичен и глубокий, то есть чем более физиологичен символ, тем более он коллективен и универсален, тем более он «материален».

(Jung, 1974: 29)

Отталкиваясь от этих утверждений, мы могли бы понять, то ли болезнь манифестирует себя в теле, то ли она является выражением коллективного и универсального бессознательного. И тут мог бы возникнуть вопрос: выражает ли болезнь с явной телесной репрезентацией содержания более бессознательные, более коллективные? Может ли статься, что те пациенты, которых рассматривают как более «психосоматических», выражают содержания более архаичные, чем те, кто менее болен физически?

Когда мы сравниваем этих пациентов с психотиками, мы видим, что последние также выражают архаичные и архетипические содержания, и поэтому разница должна быть не в степени примитивизма и недостатке дифференциации, а, может быть, в качестве выражаемого психотиками. У психотиков манифестация происходит в основном на абстрактном уровне, а «органический» инвалид выражает себя в основном на буквальном уровне. Возможно, разница заключается в способе выражения этого структурирования, поскольку оба могут манифестировать дезорганизованность или недифференцированность на первичном уровне. Таким образом, мы можем заключить, что как в психозе эго угрожает угасание под напором архетипических содержаний, так при раке

(например) организм, включая эго, находится под угрозой угасания от «вторжения клеток, которые беспорядочно размножаются».

Другой способ сформулировать вопрос таков: ближе ли конфликт, находящий выражение в абстрактных символах (фантазиях, снах, воображении), к сознанию, чем тот, что более отчетливо виден в органическом аспекте? Если так, то идея алекситимии имеет некоторый смысл. В отсутствие абстрактной символической репрезентации Самость может манифестировать себя через создание более регрессивных, примитивных и организмических символов. Эта идея имеет поддержку в тезисе, выработанном Дж. Конгером, который со ссылкой на Юнга утверждает:

*«Символы или отражают архаическую физиологию тела, или бывают более дифференцированными, отражая более сознательные черты»*

(Conger, 1988: 185).

В клинической практике, тем не менее, многие «органически» больные пациенты не демонстрируют алекситимичность и не задержались на уровне операционального мышления.

Мы не можем здесь свести символ к вербальному, как это делает Психосоматическая школа Парижа. Если пациент соматизирует, как мы увидим, это еще не значит, что он не символизирует, скорее это символизация происходит в соматическом плане. Было бы чрезмерным редукционизмом ограничить процесс символизации вербальным или абстрактным уровнем.

Проблема, вероятно, лежит во взаимодействии сознательной и бессознательной жизни. Пациент, выражающий себя соматически, утратил связь своего тела с соматическим бессознательным, так что его эйдетическая фантазийная жизнь отрезана от его органической жизни. То есть эти пациенты имеют более ограниченную и компульсивную символическую жизнь.

Возможно, мы имеем дело здесь с архаическими формами психического функционирования: довербальными



символическими формами, естественными для младенческой стадии. Хотя технический обзор развития личности не входит в задачи нашей книги, некоторое упоминание все же необходимо.

### **Развитие символического процесса**

Мы знаем, что дети реагируют телесно на угрозу или ощущение брошенности. Психические структуры составляются сперва из психофизиологических реакций. Мы можем предположить, что когда взрослый реагирует физическим симптомом на чувство брошенности, он заново проживает младенческий паттерн поведения, так как ребенок откликается психосоматически на эмоциональную боль из-за недостатка вербального языка.

Якоби (1999) в своем исследовании развития символической функции описывает младенческий опыт следующим образом:

*«Весь спектр телесных ощущений, и с ним разный рисунок психофизиологического ритма, имеющий дело не только с собственным и материнским сердцебиением, но также с циклом биологических и эмоциональных состояний, которые новорожденный проходит во время 24-часового периода»*

(Jacoby, 1999: 62).»

Когда отношения мать–ребенок в основном хороши, у ребенка, начиная с первичной соматопсихической матрицы, будет развиваться прогрессирующее различие между своим и материнским телом, которое есть первая репрезентация внешнего мира. Психологические содержания медленно выделяются из соматических в психике младенца. В нормальном случае именно через отношения с матерью развивается вербальная символическая коммуникация в гармонии и в дополнение к корпоральной коммуникации. Дифференциация между психикой и телом становится более четкой, и отношения «мать–ребенок» предлагают основу для формирования трансцендентной

функции. Архетипы продолжают деинтегрироваться по мере того, как их полюса становятся сознательными.

Также по Якоби, мышление и фантазирование возможны только после возникновения способность к символизации, которая возникает после возраста 18 месяцев. И развитие этой способности «зависит в основном от поддерживающего отражения и оптимальной меры стимуляции, исходящей от окружения» (Jacoby, 1999: 71).

*«Младенцы могут испытывать состояния блаженства или страдания, но они не имеют образа или концепции этих состояний. Это на самом деле делает эмоциональный опыт, сырой и непосредственный сам по себе, гораздо более интенсивным и всепоглощающим, и поэтому очень велика потребность в контейнировании тем, кто ухаживает за ребенком»*

(Jacoby, 1999: 59).

Во взрослой жизни мы можем предположить, что трудность в символизации на самом абстрактном уровне является следствием преждевременного разрушения отношений с ухаживающим лицом, независимо от причин. Таким образом, страх, в большей степени, чем он мог бы трансформироваться в ментальный процесс, будет привязан к физическому плану.

Хотя органический пациент может функционировать довольно хорошо в определенных личных областях, у некоторых пациентах можно видеть расщепление между телом и душой. Как именно это происходит, мы пока не знаем. Тем не менее, мы знаем, что именно мать или заменяющее ее лицо декодирует для ребенка вербально и в жестах и внешние стимулы, и его явные телесные ощущения. В этом контексте мать функционирует как защитник и расшифровщик, осуществляющий трансцендентную функцию для ребенка. Ребенок учится идентифицировать свое тело абстрактно через отношения.

Если какие-то эмоциональные состояния не могут быть переработаны с помощью абстрактных символов, они могут стать изолированными фрагментами полностью

буквализированной природы (Jacoby, 1999: 66), и, скорее всего, произойдет расщепление. Это расщепление, по МакДугалл, может состояться двумя путями:

*«Первый ведет к аутическому нарушению, и в этом случае тело и его соматическое функционирование зачастую остается сохранным, а разум закрывается от внешнего мира; второй же поддерживает связь с внешней реальностью, но с риском, что сома начнет действовать в так называемой «аутистической» манере, то есть оторвано от аффективных посланий души в терминах словесной репрезентации, оставляя мощную вещественную репрезентацию искать невербальной экспрессии»*

(McDougall, 1989: 43).

Таким образом, мы можем сделать вывод, что в этих пациентах комплекс не имеет выхода на репрезентацию на абстрактном уровне и поэтому не может быть выражен в фантазии, воображении или сновидениях. Но этот конфликт может принять действительно органическое выражение. На этом пути органический симптом будет содержать психические послания, которые иначе вообще не имели бы абстрактной представленности.

МакДугалл замечает, что органические пациенты «сопротивляются поиску психических факторов, которые питают их психосоматическую уязвимость» (McDougall, 1989: 43). Как если бы эти пациенты боролись, подобно невротикам и психотикам, за защиту своего соматического творения.

Фордхэм (1957) разработал подобную идею. В соответствии с идеей этого автора, мать, не выполняя опосредования для ребенка между психикой и телом, создает блокировку символической или трансцендентной функции в теле, вместо ее претворения в фантазиях и образах, которые могли бы быть ассимилированы эго. Как если бы эмоциональная память потерялась в теле и заново возникла, когда текущие ситуации отражали бы конфликт, подобный тому, который породил это расщепление. Два полюса архетипа расщеплены. Нет пространства для

символизации эмоциональной боли в вербальной форме, вот почему она выражается в теле. В этом случае соматизация является отыгрыванием и попыткой интегрировать подавленный инстинкт (архетип) в сознание. Но из-за трудности в выражении на более сознательном уровне корпоральный симптом продолжает повторяться компульсивно и защитным образом.

Эта гипотеза подтверждена бесчисленными клиническими случаями, где чувство страха не сопровождается нормальными сопутствующими физиологическими ощущениями. Это значит, что пациент жалуется на органические симптомы без осознания того, что они относятся к определенному конфликтному чувству. Например, пациент с тахикардией и гипертоническим кризом некоторое время не понимает, что они сопровождали чувство паники (возникновение комплекса).

Нам далеко до объяснения проблемы, почему один человек с конфликтом реагирует невротически, а другой – соматическим заболеванием. Некоторые гипотезы все же выдвигаются. Необходимо также различать причины, которые порождают симптом, и психические организационные структуры, которые реагируют соматически перед лицом конфликта. Сотни исследований стресса попадают в первую категорию.

Подведем итог: одна из гипотез, упомянутых нами, может быть в том, что психосоматические феномены могут и не возникнуть, если возникают невротические формы организации. Невротическая структура создает защитную структуру, а именно невротический симптом, чтобы иметь дело с конфликтом или эмоциональной болью, тогда как в органических нарушениях наблюдается регрессия к более примитивным формам отношений между телом и разумом. Вербальная коммуникация аффективных состояний отсоединяется, в целом, от тела. Здесь вступает в дело архаичная форма символизма, в которой говорит тело. Симптом, который может быть телесным («органическая болезнь») или психическим («психическая болезнь»),

будет символической репрезентацией рассоединения или нарушения в оси эго-Самость.

В этом контексте есть точные наблюдения, общие для психологов и врачей, что заболевания иммунной системы, особенно рак, возникают реже у психотических пациентов, как если бы душевные болезни были альтернативой органическим.

Несколько исследований проведены в попытке прояснить этот вопрос с весьма противоречивыми результатами. Например, некоторые авторы защищают идею, что рак (в частности, рак легких) возникает реже у пациентов с шизофренией (Craig and Lin, 1981; Rice, 1979), другие наблюдали уровень заболеваемости выше (Ananth and Burnstein, 1977) или равный с общим по популяции (Hussar, 1966; Odegard, 1967).

После широкого обзора литературы Харрис (1988) приписал это противоречие множественным методологическим вопросам, включая использование антипсихотических медикаментов, которые повлияли на результаты.

Мортенсен (1989, 1994), один из самых выдающихся исследователей в этой области, разработал много исследований, которые рассматривали возникновение депрессии (в связи с некоторыми другими типами проблем) при шизофрении. Большинство исследований показали сокращение риска рака у шизофренических пациентов. Его заключения широко обосновываются когортным исследованием датской популяции и независимым анализом впервые зарегистрированных шизофренических пациентов.

Исследование, проведенное Гулбинатом и др. (1992), обнаружило, что три города – Аархус (Дания), Нагасаки (Япония) и Гонолулу (США) – показали очень интересные результаты. В Аархусе была очень низкая заболеваемость двумя типами рака – легочными и простаты. Среди шизофренических женщин риск всех типов рака был равен или чуть ниже риска для популяции в целом. Результаты для Нагасаки и Гонолулу не обнаружили никакого

значимого различия, хотя авторы нашли значительное уменьшение легочного рака у шизофренических датских мужчин и женщин. Это важно, так как шизофреники часто бывают тяжелыми курильщиками, курят дольше и предпочитают сигареты с более высоким содержанием смол.

Последние исследования вопроса проведены в Северной Америке. Козн и другие (2002) показали снижение вероятности рака у людей с диагнозом шизофрения, несмотря на более высокий уровень курения. Авторы предположили, что влияние использования нейролептиков исключено, так как результаты подобны тем, что замечены в начале XX века, задолго до того, как эти медикаменты были изобретены.

Выходит, что эта негативная зависимость между шизофренией и раком также найдена в связи шизофрении и ревматоидного артрита. В широком обзоре литературы по заболеваемости ревматоидным артритом у шизофренических пациентов Итон и др. (1992) обнаружили, что хотя очевидность негативной зависимости шизофрении и ревматоидного артрита не окончательна, она очень сильна: они нашли устойчиво более низкое, чем ожидалось, совпадение двух условий.

В заключении заметим, что гипотеза негативной связи между психическими и органическими болезнями еще подлежит исследованию. Есть масса точек исследования негативной связи между шизофренией и заболеваниями типа рака или ревматоидного артрита, а методологические сложности мешают ясным выводам об этом феномене. Пока в ходу это распространенное мнение, есть тенденция описывать дисфункцию или в психической, или в органической сфере.

Некоторые наблюдения альтернативы между шизофреническими симптомами и раком найдены в случаях, описанных в литературе и в клинической практике. Недавно в медицинском докладе о шизофренической женщине я обнаружила свидетельства улучшения психических

симптомов, со слов ее психиатра, в то время, когда у нее обнаружили злокачественную опухоль. По словам ее сиделки, у пациентки – 58-летней женщины с хронической шизофренией – было абсолютное просветление во время лечения. И только после выписки гинекологом с ней произошел серьезный рецидив психического заболевания.

### **Символ как третий фактор в феномене психика–тело**

Юнг возвращается к феномену «психика–тело» как символу в своей работе о психологии алхимии, в которой он утверждает, что результат алхимического взаимодействия следует искать не в теле, и не в душе, но:

*«в промежуточной области между разумом и материей, т. е. в психической сфере тонких тел, свойства которых проявляют себя как в ментальной, так и в материальной форме... Очевидно, существование этой промежуточной области неожиданно заканчивается в тот момент, когда мы пытаемся исследовать материю саму по себе, в отрыве от проекций; и эта область остается несуществующей до тех пор, пока мы считаем, что знаем все определенно о материи или психике. Но в тот момент, когда физика касается «неясного, необъяснимого», и когда психология в тот же момент вынуждена признать существование других форм психической жизни за пределами освоенной сознанием территории, – другими словами, когда психология слишком близко подходит к непроницаемой тьме – тогда промежуточная область тонких тел вновь оживает, и физическое и психическое заново смешиваются в неразличимом единстве»».*

(Jung, 1968: 394)

В его работах почти как синонимы употребляются термины «тонкое тело», «пневматическое тело», «дыхательное тело» (Jung, 1970: 513; 1972: 390), «внутреннее тело» и *corpus glorificatus*. *Corpus subtile* – это преображенное и воскрешенное тело, то есть такое тело, которое одновременно является духом (Jung, 1968: 511). *Corpus glorificatus* или *glorificationis* – это тело воскрешения, тонкое тело в состоянии нетленности (Jung, 1975: 202), «состояние это достигается героем в награду за победу» (Jung, 1970: 513).

«Эта чистая и вечная субстанция способна и достойна воссоединиться с *unio mentalis*» (Jung, 1974: 774).

Тонкое тело также путают с соматическим бессознательным. В своих семинарах по Ницше Юнг утверждает, что бессознательное может быть почувствовано только в теле и что тело – это единственная внешняя манифестация Самости (Jung, 1988).

Меир (1986) пересмотрел теорию тонкого тела и заметил, что в этой теории в итоге обнаруживается решение проблемы психофизических отношений. Тонкое тело, по его мнению, – это третий фактор, превосходящий тело и психику, и именно отвечает за формирование симптомов в обеих сферах.

Минделл (1982, 1985) извлекает из этих концепций новое понятие: «сновидящее тело». Этот автор считает, что отношения между тонким телом и реальным телом созданы онейрическим телом, так как и тонкое, и реальное тело – это аспекты онейрического тела.

Подобную идею разрабатывал и Санднер (1986), он описал субъективное тело как архетип, через который психика влияет на объективное (реальное) тело, и наоборот.

Тело, о котором говорят эти авторы, – это выражение архетипа исходного человека, его телесная схема, как говорит Нойманн (1973). И это его символическое тело, по Байингтону. Байингтон считает, что тело участвует в психике через структурирующие символы, которые выражают индивидуальные личные черты. Символическое тело определено здесь как сгусток психологического значения соматического тела. За его пределами:

*«каждая из пяти телесных систем (дыхательная, пищеварительная, сердечнососудистая, нейроэндокринная и опорно-двигательная) в своей особой манере влияет на бесчисленные символы, которые обычно структурируют идентичность и наш стиль существования и познания мира»*

(Byington, 1988: 29).

С точки зрения всех этих концепций, символ представит третьим фактором в полярностях «разум–тело». Тонкое



тело, пневматическое тело, соматическое бессознательное, сновидящее или онейрическое тело, субъективное и символическое тело – все это концепции третьего фактора, который превосходит дихотомию «душа – тело»: символа.

Подводя итог, скажем, что символ выражает восприятие феномена «душа – тело» чувствительными, синхронистичными, физиологическими изменениями и соответствующими образами. Комплекс всегда имеет телесное символическое выражение, в котором мы могли бы уловить нить понимания болезни. В случае с комплексом символ указывает на дисфункцию, отклонение, которое нуждается в исправлении, поскольку изменяются отношения между эго и Самостью.

У Гроддека, которого многие зовут отцом психосоматической медицины, мы обнаруживаем подобную идею. С его точки зрения болезнь не является некоей сущностью, она лишь выражает целостность человека, выражает «Оно» (Id). И тогда лечение заключается в том, чтобы «правильно интерпретировать то, что эта целостность пытается выразить через симптомы, и научить ее менее болезненному способу самовыражения» (Groddeck, 1992: 173).

Некоторые авторы, включая Райха (1954/1955), пытались на основе таких идей установить взаимозависимость между органической и психической симптоматикой. Однако определяя фиксированные и универсальные отношения между телом и разумом, они создали ригидную и редукционистскую систему. Как станет ясно далее, среди прочих, пытавшихся установить связь между чертами характера и заболеванием, это относится к Темошук и Дрееру (1992) (рак и С-тип личности) и к Фридману и Розенману (1974) (заболевания сердца и А-тип личности).

### **Трансцендентная функция и теория трансдукции**

Росси (1986) предлагает психобиологическую теорию коммуникации «разум–тело», в которой символ представлен в слове или плацебо с использованием техник гипноза.

Он определяет сознание как «процесс саморефлективной информационной трансдукции (преобразования)» (Rossi, 1986: 11).

Теория трансдукции описывает превращение или трансформацию энергии или информации из одной формы в другую. Здесь человеческое тело рассматривается как сеть информационной системы (генетической, иммунной, гормональной, *interalia*). Каждая из этих систем имеет код, и для передачи информации между системами нужен некий преобразователь, чтобы переводить код одной системы в код другой.

Разум, с его способностью к языковой символизации, также можно рассматривать как средство кодирования, обработки и передачи информации организма, психики или сомы. Органический пациент кодирует свой конфликт преимущественно в соматической системе.

Вопрос тогда в том, как информация, принятая и обработанная на семантическом уровне, например, может быть переведена в информацию, подходящую для получения на соматическом уровне, и наоборот.

Росси подходит к этому вопросу через исследование техники гипноза, которая облегчает процесс преобразования информации разума/тела, основываясь на работах по лимбико-гипоталамической системе, которую он рассматривал как главный преобразователь между телом и психикой.

Концепция символа как «трансформирующей энергию машины», предложенная Юнгом (1970), здесь может быть понята как преобразовательная машина, через которую информация какой-либо системы (например, иммунной) преобразуется в сознательную систему, и наоборот. Росси идет дальше и предполагает:

«Успешный наблюдатель люцидных снов – это индивид, который может использовать определенный уровень сознательного планирования и волевого контроля для преобразования разума в физиологические ответы» (Rossi, 1986: 29).

Это значит, что индивид, который, помимо контроля своих онейрических состояний, имеет доступ к определенным психофизиологическим функциям.

*«Разум и тело, предположительно, представляют собой пару противоположностей и, в этом качестве выражение единой сущности, чья глубинная природа непознаваема ни через наружные, материальные проявления, ни изнутри, через непосредственное восприятие... Это живое существо снаружи выглядит как материальное тело, но изнутри представляет собой ряд образов жизненных действий, которые в этом теле происходят»*

(Jung, 1972: 619).

В этом смысле символ выступает сообщением об органических явлениях. Эта идея опирается на почву историй болезни пациентов, которые описывают сновидения, сигнализирующие об органических заболеваниях задолго до того, как болезнь стала ощутимой.

Одна из моих клиенток как-то раз увидела во сне, что у нее целая связка артерий и вен обвилась вокруг левой ноги. Она проснулась с криком, когда в сновидении какой-то врач пригрозил ей вскрыть эту связку. Ее ассоциации совершенно не объясняли смысла этого. Мы были заинтригованы, пока через три недели ей не поставили диагноз: ангиосаркома – опухоль сосудов, редкий типа рака вен и артерий. В том случае пациентка вспомнила сновидение, которое оставалось неразгаданным. Другая пациентка, которой приснились крабы, ползающие по ее груди, немедленно отправилась к своему онкологу, и у нее обнаружили рак груди. В этом втором случае образ было проще интерпретировать из-за ассоциации между словами «краб» и «рак» в латинском языке. Соответственно, более глубокое исследование онейрического мира может дать предварительный диагноз – даже до того, как появятся зримые приметы болезни.

Использование трансцендентной функции в терапевтическом процессе совпадает с методом трансдукции, который описан выше:

«чтобы восстановить власть над энергией, которая размещена не в том месте, он (пациент) должен сделать эмоциональное состояние основой или исходной точкой процедуры... Процедура в целом – это обогащение и прояснение аффекта, и в ее процессе аффект и его содержания приближаются к сознанию... Это начало трансцендентной функции, то есть сотрудничества между сознательными и бессознательными данными».

(Jung, 1972: 167)

Юнг далее описывает различные методы, обозначенные как «амплификация», с помощью которых можно совершать перевод (преобразование) бессознательных содержаний, таких как органические или эмоциональные симптомы, в сознательный план – а именно метод активного воображения или использование рисования и лепки.

Здесь следует вспомнить ограничения психоаналитической техники в этой области. В отношении органических симптомов как досимволических репрезентаций МакДугалл подчеркивает терапевтическую необходимость перевода их в вербальный план, недооценивая значимость образа и, таким образом, теряя ценный материал (McDougall, 1989).

## **Синхронистичность**

В приведенных здесь концепциях заболевания и символа в неявном виде присутствует идея синхронистичности.

Синхронистичность – это такое явление, при котором два или более феномена происходят одновременно без какой бы то ни было причинно-следственной связи между ними, но между ними все же есть значимые отношения. Этот тип явлений показывает, что не-психическое может вести себя, как психическое, а психическое может действовать, как соматическое – без всякой причинной связи между ними.

Используя этот концепт, можно легче понять, что образ не вызывает определенные ощущения, а определенные

ощущения не ведут к формированию образа: то и другое одновременно присутствует в организме, сознательно или нет. До тех пор, пока психика и тело образуют пару противоположностей, их отношения не должны восприниматься как причинно-следственные. Третий – трансцендентный – фактор, который мы называем символом, присутствуя в сознании, раскрывает нам, что «психика и материя – это два разных аспекта одного и того же» (Jung, 1972: 418).

Таким образом, каждая болезнь находит выражение в теле и в психике одновременно. Обратиться к врачу или психологу пациента заставляет степень страдания на одном из полюсов.

### **Финалистский подход и компенсационный механизм**

Для лучшего понимания бессознательного феномена Юнг предлагает финалистский подход вместе с методом амплификации. С его точки зрения основная цель и невроза и любого проявления бессознательного – компенсировать однобокую установку сознания, показав необходимую установку, чтобы это могло интегрировать подавленный материал.

Если распространить концепцию компенсации на область органических болезней, можно сказать, что такие болезни – это символическое выражение, которое стремится компенсировать одностороннюю установку сознания. Органическая болезнь – своего рода компенсационная реакция организма, нацеленная на то, чтобы заставить индивида интегрировать репрессированный материал, восстановив связь в оси «эго – Самость».

Зиглер (1983) много работал в этом направлении и пришел к выводу, что понимание болезни будет полноценным только тогда, когда мы покинем твердую почву эмпирической медицины, так как:

*«опыт показывает, что категоризация патологий по сущности болезней не позволяет оценить взаимную динамику здоровья и болезни»*

(Ziegler, 1983: 24).

*«Следует говорить об образе болезни, а не об эмпирических конструктах, в которых симптомы более или менее произвольно собраны вместе на базе статистической частоты»*

(Ziegler, 1983: 23).

По Зиглеру, соматизация – это ограничение, накладываемое природой в ситуации, когда наблюдается избыток односторонне направляемой энергии. Природа уравнивает эту тенденцию через тело, как если бы она пыталась более эффективно достигать своих целей.

*«Наши болезни определяются нашей нечувствительностью к здоровью. Наша убежденность и внимание не могут выйти за установленные пределы»*

(Ziegler, 1983: 13).

Здесь причинные факторы – генетические или социальные, например, – рассматриваются в качестве инструментов, посредством которых действует компенсационный механизм. Аллергическая реакция, например, на некое вещество на работе может вскрывать бессознательную воспалительную гиперчувствительность к этой работе, выраженную через аллергию. Эта «соматизация» тогда может быть понята как форма компенсации, которая ведет заболевшего человека к коррекции его чрезмерно однобоких отношений с его окружением.

Теперь, представив эту аналитическую концепцию, мы снова подойдем к вопросу «психика–тело» и поместим его в современную научную холистическую модель. Далее мы представим обзор этой модели, разработанный в рамках аналитической теории, чтобы применить эту модель к пониманию и лечению органических болезней.

# З

## БОЛЕЗНЬ КАК СИМВОЛИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ. НОВАЯ ИДЕЯ

Об одном прошу я вас, а именно, отказаться в переписке со мной от различения между понятиями «психического» и «органического»... в сущности оба означают одно и то же, оба подчиняются одним законам жизни, оба – ростки этой жизни.

(Groddeck<sup>1</sup>, 1949: 119)

Обращаясь к понятию трансцендентального элемента, преобразователя, трансдуктора в психическом аппарате, аналитическая психология по-новому ставит вопрос о значении болезни, физической и психической, и представляет новую методологию, соответствующую современным научным требованиям. Концепция символа как третьего фактора в феномене «душа – тело», а также целеориентированный подход и понятие о компенсационном механизме снимают вопрос о дуальности и психофизической каузальности и обнаруживают неэффективность термина «психосоматизация». Несмотря на то, что этот термин

---

1 Георг Гроддек (1866-1934) – врач, директор психиатрической лечебницы в Баден-Бадене, назван пионером психосоматического подхода, так как пытался объединить психоаналитические и медицинские методы. – *Прим. перев.*

пока практически незаменим в клинической практике, мы должны помнить, что его употребление отбрасывает нас назад, к классической, механистической, редуционистской биомедицинской традиции. Именно в теории приходится постоянно удерживаться от соскальзывания в устаревшую модель. Для удобства изучения мы свели наши идеи к следующим позициям:

Первые же ассоциативные тесты показали, что каждому психическому феномену соответствует физиологический аналог. С прогрессом экспериментального оборудования появлялись все новые доказательства. Например, множество исследований показывает связь между эмоциональным напряжением и физиологическими изменениями.

Соматические или психические симптомы могут быть проявлениями комплексов. Активизируясь, комплекс синхронно запускает изменения на обоих уровнях – физиологическом и психологическом, вне зависимости от того, воспринимает их человек осознанно или нет.

Каждый комплекс воспроизводит особый комплект образов и ощущений, определяемый архетипом. И чем патологичнее проявления комплекса (физиологические и психологические), тем они универсальнее. Интересны в этом смысле результаты исследований, в которых чертам личности находят соответствие среди заболеваний. Например, тип личности а связан с сердечными заболеваниями, а тип личности с – с заболеваниями иммунной системы.

Эго-комплекс формируется одновременно с развитием оси Эго-Самость и развивается по мере отсоединения, а также развития символической, или трансцендентной функции, трансдуктора. Диссоциация личности является отклонением в развитии оси Эго-Самость и также может выражаться символически.

Архетип может быть пережит как физиологический процесс или как возникающий в сознании образ, если исходить из того, что душа и тело – это разные аспекты архетипа, находящегося вне пределов психической сферы.



Проявления архетипа можно расположить на шкале с постепенным переходом от инстинктивных содержаний на одном ее полюсе к сознанию на другом. Юнг располагал динамические процессы инстинкта в инфракрасной части спектра, а его образное представление – в синей части (Jung, 1972: 414). Невозможно осознать и ассимилировать инстинкт, находясь в красном диапазоне, то есть, через прямое вбирание инстинктивной сферы, это возможно только через интеграцию образа, который обозначает инстинкт и одновременно активизирует его.

Сущность архетипа трансцендентна и не может быть осознана. Ему соответствует ультрафиолетовая часть спектра, в которой фиолетовый и красный смешиваются. Мы узнаем об архетипах только через различные поступки, мысли, суждения, зрительные фантазии и образы, принадлежащие сознанию.

Поведение, которое выражает здоровье или болезнь, можно рассматривать как символическую репрезентацию отношений между Эго и Самостью.

Любой симптом – это символ, раскрывающий нарушение на оси Эго-Самость. Путь к излечению (компенсационный механизм) открывается через понимание этого символа. Здесь мы возвращаемся к ранним моделям лечения, однако, свободны от слепого следования им.

Симптом/символ компенсирует собой «ошибку» и синхронистично указывает на необходимое «исправление», то есть, на бессознательное содержание, стремящееся к интеграции в сознание.

У человека с органическим заболеванием кинестетическое восприятие (ощущение тела), дающее опору для Эго и комплексов, отщеплено от их абстрактной репрезентации.

Можно предположить, что пациент, который выражает дисфункцию органическим символом, отщепил свою фантазию от кинестетического восприятия и обратился к довербальным символическим средствам. Вероятно также, что сознанию трудно интегрировать возникающий

символ из-за его сложности. Мы можем предположить наличие ситуации, столь сложной, экзистенциально травмирующей и смущающей, что Эго пришлось перейти на язык соматизации из-за невозможности осмыслить происходящее на абстрактном уровне.

Заболевание/символ может быть рассмотрено с точки зрения и других систем, предположительно действующих синхронно и выражающих тот же архетип. Чтобы понять значение символа, недостаточно найти причину, надо исследовать и его цель. Вопросы «почему?» и «в направлении чего?» дополняют друг друга, увеличивая наше знание.

Заметим, что слово «символ» происходит от греческого *syn* («вместе») + *ballein* («бросать») и означает совмещение противоположностей, объединение известного с неизвестным, неосознанным. «Симптом» происходит от *syn* («вместе») + *pipto* («падать»), или «два предмета, падающих вместе» (Funk and Wagnalls, 1950), а «быть врачом» означает «наклоняться над тем, кто упал» (т.е. заболевшим, с симптомами). Если понимать символ как указание на союз чего-то сознательного с чем-то неосознанным, можно также говорить, что он стимулирует эмоцию (*e + movere*), то есть, «двигаться» или «движение наружу» вегетативной нервной системы, как симпатической, так и парасимпатической ее частей. Это дает нам ключ к пониманию психосоматики: через символ можно достигать глубокого, труднодостижимого органического уровня сознания.

Подводя черту под этим обзором аналитической модели, можно заключить, что органический симптом может быть соотнесен с отщепленной репрезентацией комплекса/архетипа, в котором абстрактная/психическая часть подавлена. Будучи отъединенным от Эго, этот симптом навязчиво возвращается, пытаясь интегрироваться в сознание, чтобы возобновить процесс индивидуации.

Возникает вопрос, может ли осознание абстрактной части комплекса – то есть трансформация символа из патологической, органической формы в психическую/

абстрактную, – уменьшить его болезненное органическое выражение? то есть, снизит ли перевод символа от органического полюса к абстрактному проявление органики, улучшит ли состояние пациента?

Мы знаем, что лечение неврозов и психозов методом амплификации симптома/символа повышает осознание и способствует интеграции бессознательных содержаний в Эго, перестраивая связь между Эго и Самостью. Амплификация может осуществляться на уровне личности путем экстернализации симптома (его вынесения вовне) и активного воображения, а на коллективном уровне – через сравнительное исследование мифов, сказок, фольклора, искусства и религии.

Мы предлагаем обзор того, что происходит с органическим симптомом в течение психотерапевтического процесса, опирающегося на аналитическую модель. Наша гипотеза такова:

Органическое заболевание может иметь цель и смысл.

Иногда значение заболевания следует понимать символически.

Понимание и интеграция этого символа в сознание ведет к улучшению в общем состоянии здоровья пациента.

Для этого обзора мы используем результаты психосоматических исследований, составляющих базу для понимания феномена «душа – тело». Мы применим эти данные в освещении нескольких клинических случаев.

# 4

## КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*И осторожная жизнь не будет рассудительнее неосторожной, коль скоро мы предположили в нашем рассуждении, что рассудительность – это нечто прекрасное, быстрое же оказалось не менее прекрасным, чем медленное<sup>1</sup>.*

(Plato, Charmides, 380 BCE).

Как мы увидели, исследования феномена «душа – тело» и того, как эмоциональный опыт, характер и стиль жизни могут влиять на здоровье, уходят корнями в древние времена. Связь этих факторов с подверженностью болезням и ее прогрессом обнаруживается в большинстве самых различных клинических наблюдений.

Однако, как замечено выше, примерно вековой давности открытие патогенных агентов как причины инфекционных заболеваний направило главный фокус исследований к биомедицинской и фармакологической модели. Только в последние тридцать лет можно наблюдать постоянно растущий и интенсивный интерес

---

<sup>1</sup> Академический перевод С. Я. Шейнман-Топштейн в кн.: Платон. Диалоги. М.: «Мысль», 1986, с примечаниями А. А. Тахо-Годи. – *Прим. перев.*

к эмоциональным факторам болезней – прежде всего, в отношении кардиологических и аутоиммунных заболеваний, а также рака.

Результаты научной работы, проведенной в области психосоматики в последние двадцать лет, весьма богаты и приносят все новые плоды. Как сказано выше, эти исследования не имеют никакой теоретической базы, хотя подавляющее большинство открытий представляют собой очень важные данные.

Накапливаются свидетельства психофизиологических пересечений, причем и по Майерсу и Бенсону (1992) эти свидетельства можно разделить на три уровня. Первый включает в себя бесчисленные взаимосвязи между психологическими факторами и физиологическими эффектами и исследования, которые пытаются установить связь между типологией и заболеванием. Сюда также относятся наблюдения расслабляющего эффекта особых способов мышления, которые вызывают физиологические изменения, например, снижение потребления кислорода, вывод двуокиси углерода и изменение артериального давления. А также влияние присутствия помощника перед и во время родов на уменьшение времени между поступлением в родовое отделение и родами, а также на возникновение перинатальных осложнений.

На этом уровне изысканий один из самых интересных феноменов – это эффект плацебо. Обычно его до сих пор недооценивали, зачастую считая лишь частью дизайна эксперимента при испытании новых лекарств. Сегодня этому эффекту посвящены сотни исследований, и они доказывают воздействие психических факторов на тело (см. Приложение).

Второй уровень научных материалов демонстрирует взаимосвязь между психологическим событием и биомолекулярным эффектом. Например, мы знаем, что лимфоциты у находящихся в депрессии супругов значительно снижают активность по сравнению с контрольными индивидами.

Третья растущая область исследований рассматривает клеточный уровень. В частности, Росси (1986) показывает, как развивается взаимная коммуникация между нервной, эндокринной и иммунной системами. Иммунные клетки содержат гормональные рецепторы и подобные гормонам вещества, вырабатываемые этими клетками. Этот тип работ указывает некоторые возможные пути к пониманию психофизиологического взаимодействия на органическом материале.

В этой главе рассматриваются исследования первого уровня, посвященные заболеваниям сердца, ревматоидному артриту и раку, и некоторые исследования второго уровня. Этот обзор, разумеется, ни в коей мере не претендует на то, чтобы быть исчерпывающим (эта область развивается сейчас очень активно), здесь лишь приведены работы, которые наиболее существенны с аналитической точки зрения, по крайней мере, косвенно.

### **Болезни сердца и психологические факторы**

Фридман и Розенман (1974), описывая нейрогенетические факторы в патогенезе коронарной болезни сердца, открыли плодородную почву для изучения, на которой сегодня ведутся активнейшие работы. Изучая кардиологических больных, авторы сделали выводы о многомерном поведенческом паттерне, который характеризуется:

- 1) энергичностью действий и ориентированностью на достижение целей;
- 2) чрезмерной погруженностью в работу;
- 3) преувеличенным ощущением срочности;
- 4) агрессивным поведением;
- 5) соревновательным поведением;
- 6) нетерпеливостью;
- 7) высокой речевой и моторной активностью.

Авторы назвали это сочетание поведенческих форм и личных качеств типом А, и тип этот имел очень высокую корреляцию с заболеваниями сердца. Некоторые

авторы даже отмечали, что у мужчин типа а значительно повышен выброс тестостерона и глюкуронида, что может демонстрировать механизм повышенной заболеваемости коронарной болезнью сердца (КБС) у мужчин типа а (Zuttoff et al., 1984). Несколько дальнейших исследований применили тесты личности, такие как Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI) и Шкала враждебности Кука-Медли (Cook-Medley Hostility Scale, CMHS), а также было разработано структурированное интервью для выделения кардиологических больных в нормальной популяции. Однако по мере совершенствования способов анализа достоверной оказалась лишь одна черта – враждебность – которая, как мы увидим, до определенной степени включает в себя некоторые из упомянутых видов поведения.

### **Враждебность и гнев**

Исследования психологических факторов риска коронарной болезни сердца (Dembroski et al., 1985; Cost et al., 1987; Siegman et al., 1987; Hecker et al., 1988) указывают на черту антагонистической враждебности, определяемую как «стиль несговорчивого и/или не склонного к сотрудничеству межличностного взаимодействия, который подразумевает проявления высокомерия, конфликтности, грубости и плохого чувства юмора». У индивидов, демонстрирующих ярко выраженные подобные черты, обнаруживаются, в частности, трудности в восстановлении после стресса, а также тенденция к несколько повышенному артериальному давлению.

Другие работы показали, что люди с высоким и низким уровнем враждебности различаются по сердечно-сосудистой реактивности в период сильных межличностных конфликтов. Суарез и Уильямс (1990) показали, что у очень враждебных мужчин есть тенденция к более высокому систолическому давлению во время значительных эмоциональных конфликтов, так как у них в ответ быстро

возникает раздражение и гнев. Другие результаты также отметили, что гнев и раздражение ведут к существенным изменениям в сердечнососудистых параметрах, прежде всего у людей с высокой степенью враждебности. В исследованиях Уильямса и др. (1991), Чесни и др. (1990) и Ван Эгерена и Спарроу (1990) обнаружены свидетельства в пользу предположения о значимой связи между частотой возникновения гнева и заболеваемостью КБС. Авторы заключили, что враждебные индивиды, вовлекаясь в межличностный конфликт, подвергаются большему риску, чем те, кто живет в менее переменчивом окружении. Наиболее значимы результаты для мужчин между 35 и 55 годами (Engelbretson and Matthews, 1992).

В проекте Гарвардского университета, занявшем 35 лет, были обследованы 126 студентов, чтобы определить предсказательную ценность ранее изученных психофизиологических стандартов отклика на стресс-тест в лаборатории. Наиболее надежной переменной в отношении подверженности КБС оказалась «высокая тревога», которую проинтерпретировали как результат враждебных импульсов, спроецированных на других. Также значимыми были интра- и экстрапунитивные проявления, связанные с неясным чувством вины (Russek et al., 1990).

Алмада и др. (1991) в течение 25 лет изучали 1971 мужчину средних лет – сотрудников Вестерн Электрик Кампани (Western Electric Company) – с помощью MMPI. Единственной чертой, обнаружившей позитивную корреляцию со смертностью от болезней сердца, стал цинизм, в данном случае понимаемый как постоянное сопротивление, упрямство, грубый и мстительный характер. Исследование Джамнера и др. (1991) и Попа и Смита (1991) также показывают, что мужчины, постоянно проявляющие враждебность и оборонительное поведение, обладают повышенной сердечнососудистой и нейрогормональной реактивностью, которая, в свою очередь, может провоцировать или усугублять заболевания сердца. Другие работы, например, Йоргенсена и др. (2001) и Ниауры и др.



(2002), подтверждают эти находки, в них обнаружено, что враждебность – сама по себе или в сочетании с высокой социальной дефензивностью – соотносится с развитием коронарной артериальной болезни.

Возможно, враждебность, характеризующаяся циничными и унижающими убеждениями, может увеличивать вероятность развития коронарной болезни сердца, подогревая ожидания того, что дальнейшие события потребуют гневного отпора. Это действительно могло бы увеличить подверженность человека риску КБС – риску, порождаемому гневом. Действительно, исследование связи между гневом и кардиологической заболеваемостью, показывает, что и «гнев выраженный» (вероятность того, что гнев будет выражен в отношении кого-то другого в эпизоде сильного гнева), и «гнев подавленный» (вероятность того, что гнев будет подавлен или не выражен во время эпизода сильного гнева) являются позитивными факторами, предсказывающими заболеваемость ишемической болезнью сердца (Gallacher et al., 1999). В этом же духе высказываются авторы исследования, проведенного в Южной Австралии (Atchison and Condon, 1993): психологический фактор, который наилучшим образом предсказывает заболеваемость КБС, – это более быстрое выражение гнева с более широким использованием вербальных средств. Другое интересное наблюдение сделано Сигманом и др. (2000). Полноценное выражение вонне гнева и превосходства является фактором риска для развития коронарной болезни сердца у мужчин в то время, как более тонкие выражения противоборства (непрямой вызов) являются фактором риска этой же болезни у женщин.

Ясно видно, что враждебность и гнев тесно связаны с заболеваемостью КБС, и вместе с предыдущими данными эти черты можно рассматривать как предсказывающие повышенную вероятность инфаркта миокарда и смерти. Обзор этих результатов был сделан для обоих полов (Lahad et al., 1997; Chaput et al., 2002) и для разных культур: в Дании (Barefoot et al., 1995) и в Мексике (Gloria

et al., 1996), что для нас подтверждает гипотезу психологической природы этих феноменов, независимой от характеристик культурного окружения. В Нидерландах, например, (Meesters and Smulders, 1994) обследовали пациентов, которые впервые поступили с инфарктом миокарда, и сравнили их с соседней контрольной группой. Результаты показали, что только враждебность является индикатором риска для первичного инфаркта миокарда у мужчин в возрасте до 50 лет.

Мы можем заключить, что совпадающие свидетельства, полученные в исследованиях с использованием различных инструментов, предполагают, что именно враждебность является единственным компонентом предрасположенности для поведенческого стандарта типа А.

Этот вид исследований привел к развитию техник поведенческой модификации, основной задачей которых был контроль или устранение всех проявлений враждебности через принуждение и наказание, дыхательные упражнения и повышение самооценки (Ulmer and Friedman, 1984). Хотя эти техники могли иметь некоторый эффект, все еще оставалась большая проблема в том, что изменение лишь явно выраженных симптомов оставляет пациентов уязвимыми перед бессознательной активностью, которая синхронизирована с этим поведением. Техники контролируют поведение и болезнь, но не лечат.

Можно было бы рассмотреть черту под названием «враждебность» в качестве одного из аспектов личности, обеспечивающего защитное поведение и ведущего к одностороннему развитию сознания. Тот факт, что у этих людей складываются агрессивные и враждебные отношения с окружением, может быть просто наилучшим выражением специфического комплекса, поэтому для поиска лечения нужно учитывать эту идею.

## **Депрессия и тревога**

Обнаруживается все больше свидетельств того, что и другие негативные переживания – такие как депрессия

и тревога – могут предшествовать возникновению острых коронарных синдромов и влиять на дальнейшее течение болезни (Appels, 1997; King, 1997; Kaufmann et al., 1999; Williams et al., 2002; Wulsin and Singal, 2003).

Например, есть исследование (Frasure-Smith et al., 1999), которое показало, что депрессия в больнице после инфаркта миокарда – это значимый предсказатель смертности в течение года и для мужчин, и для женщин, и его влияние в основном зависит от других постинфарктных рисков. Другие авторы (Lesperance et al., 1996) утверждают, что 40 процентов тех, в чьей истории болезни значится депрессия, умирали в течение 12 месяцев, при том, что такая судьба ожидала лишь 10 процентов пациентов, у которых зафиксирован первый депрессивный эпизод. Похоже, депрессия не только представляет собой определенный риск для кардиологической смертности и заболеваемости у пациентов с КБС, но и влияет на более общем уровне на показатели дистресса, инвалидизации и качества жизни (Sirois and Burg, 2003).

Сравнивая депрессию и тревогу, Стрик и др. (2003) сообщают, что хотя обе они связаны с сердечными недомоганиями, лишь тревогу можно считать независимым индикатором заболеваемости и обращения за помощью. Авторы предполагают, что возможны также более непосредственные связи между эмоциональными состояниями и функционированием парасимпатической нервной системы, иммунной системы и изменчивостью частоты сердечных сокращений (ЧСС). Пониженная изменчивость сердечного ритма, которую рассматривают как недостаток реакции на уровне физиологических процессов и их сложности, делает индивида физиологически ригидным и, таким образом, более уязвимым. Этот феномен также был замечен Хорстеном и др. (1999), который обнаружил, что изменчивость сердечного ритма ниже у тех, кто социально изолирован и не способен высвободить гнев в разговорах с другими.

С большой уверенностью можно сказать, что здесь наблюдается активация некоего комплекса, который не только вызывает вышеупомянутые физиологические изменения, но и одновременно обнаруживает защитные установки, такие как тревога, активные проявления гнева и социальная изоляция.

### **Социальная поддержка**

В последние годы можно было наблюдать растущий интерес к влиянию социальной поддержки или социальных связей на КБС (Cohen and Syme, 1985; Cohen, 1990). Целая серия работ, посвященных этому вопросу, была нацелена на установление связи между социальной поддержкой, производственной нагрузкой и сердечнососудистой реактивностью. По сути, из них можно сделать вывод, что если у человека есть эмоциональная поддержка, у него снижается вероятность инфаркта миокарда при столкновении со стрессовыми ситуациями (Gerin et al., 1992).

Социальная поддержка, по-видимому, обеспечивает стабильность, защищающую индивида в моменты перемен и стрессов. Гор (1978) изучил 110 мужчин, потерявших работу при закрытии фабрики. Он обнаружил, что те, кто получили серьезную поддержку от своих жен, родственников и друзей, испытывали меньше проблем с сердцем, чем более одинокие собратья по несчастью. Камарк и др. (1990) доказали, что даже в ситуациях, смоделированных в лаборатории, одинокие субъекты демонстрировали более высокий уровень реактивности ЧСС, чем те, кто в стрессовой ситуации не оставался один. Присутствие друга оказывало успокаивающий эффект на сердечную активность.

Исследование шведских ученых, занявшее более десяти лет и выяснявшее значимость психосоциального риска у 150 мужчин, привело к следующему выводу: более точный независимый индикатор смертности – отсутствие социальной поддержки. И эта характеристика чаще встречается у людей типа а (Orth-Gomer and Unden, 1990).

Возможно, из-за определенных установок и враждебного поведения такие люди отвергают любые отношения, ни от кого их не получают, и в итоге в их жизни отношений мало или вовсе нет.

Другой источник информации по этому вопросу – статистика подверженности заболеванию: у одиноких, разведенных или вдовствующих индивидов показатели в два или три раза выше (Lynch, 1977, 1985). Мэтьюз и Гамп (2002) обнаружили, что разрыв между супругами увеличивает вероятность последующей смертности у мужчин. А Гало и др. (2002) доказали, что брак для женщины благоприятен в плане здоровья, но только если уровень удовлетворенностью браком высок. Также показано (Orth-Gomer et al., 2001), что именно супружеский стресс (а не связанный с работой) связан с плохим прогнозом для женщин между 30 и 65 годами с КБС. Хотя в результате контрольного популяционного исследования (Wamala et al., 2000, 2001) стало ясно, что подверженность социально-экономическим издержкам в целом также повышает вероятность возникновения КБС.

Таким образом, выделение типа а стимулировало множество изысканий и установило связь между психологическими явлениями и сердцем. Соответственно, можно добавить, что поведенческие и психологические факторы наглядно связаны с КБС. Можно было назвать это «поведением, предрасполагающим к коронарным заболеваниям», однако такое определение не описывает личностного паттерна, как предлагается в исследованиях, изучающих тип А.

Литература, посвященная связи между психосоциальными факторами, социальными связями и вероятностью заболеваний сердца, обширна и содержательна, однако она не раскрывает механизма, порождающего эти связи. Эти работы, на мой взгляд, обнаруживают и идентифицируют явление, но не объясняют его. Механизмы, которые могли бы объяснить такие связи, еще не изучены. По-прежнему неизвестно, почему именно вдовцы, одиночки

и гневливые люди с большей вероятностью заболевают КБС.

При рассмотрении этих работ возникает и другой вопрос: почему при тех же стрессовых условиях враждебно настроенный человек более подвержен заболеванию, чем невраждебный?

Следует попытаться понять, как недостаток социальной поддержки может преобразовываться в инфаркт миокарда, и, наоборот, установка любви и дружелюбия – в здоровое сердце. Это потребует научной работы, сосредоточенной скорее на устройстве психического комплекса, чем на одном только социальном и сознательном поведении.

Здесь можно предположить, что появление комплекса может спровоцировать более частое возникновение психологического ощущения угрожающих социальных явлений и, вслед за тем, реакции гнева, враждебности или тревоги, которые могут преобразоваться, например, в спазм артерий или изменение сердечного ритма.

### **Ревматоидный артрит и психологические факторы**

Иммунная система, функционирующая в гиперактивном режиме, иногда не различает клетки собственного тела и чужеродные. Тело тогда нападает само на себя, и таким образом возникают аутоиммунные заболевания, в частности ревматоидный артрит (РА) и рак (Solomon, 1990).

В последние годы все больше исследований показывают возможность того, что ментальные явления могут влиять на иммунную систему и ее дисфункции. В следующей части мы сосредоточимся на наиболее близких к нашей работах.

### **Паттерны обсессивного поведения**

Хотя отношения между РА и специфическими чертами личности отсутствуют в научной литературе, Соломон

(1981) и Мус (1964) замечали, что субъекты с аутоиммунными заболеваниями – это люди чаще всего тихие, интровертированные, надежные, уступчивые, сдержанные в выражении эмоций, ригидные, конформные, высоко активные и склонные к самопожертвованию. Не только в моей клинической практике, но и в целом ряде научных работ замечено, что эти характеристики чаще свойственны женщинам. В соответствии с докладом Симмонса и др. (2000) для World Health Organization Statistical Information System (WHOSIS), женщины почти в два раза чаще мужчин страдают этим заболеванием. Более позднее эпидемиологическое исследование (Doran et al., 2002) отметило возникновение РА в когортной группе из 609 пациентов в Рочестере, Миннесота: 73,1 процента заболевших были женщины.

Интересные результаты были получены в этой области (Cabral et al., 1988) в исследовании обсессивного и гиперактивного отношения к работе у женщин с РА, особенно если это была работа на дому. Наблюдение за 59 женщинами-пациентками от 18 до 55 лет показало, что в жизни больного артритом работа представляет собой попытку ускользнуть от эмоционального конфликта. Эта повышенная активность, возможно, является продуктом обсессивного склада личности, характеризуемого организованностью, методичностью и ригидностью в поведении и обязанностях. Авторы интерпретировали эти данные как ответ на низкую оценку домашнего труда. Эти выводы подтверждаются наблюдениями Марсенаро и др. (1999), которые заметили, что обсессивно-компульсивное личностное расстройство было диагностировано у 40 процентов их испытуемых.

Можно решить, что этот результат сложился не только на основе гормональных или генетических факторов, но и связан с виктимизированностью женского образа. Складывается картина, в которой женщина полна творческого потенциала, но ограничивает повседневную деятельность домашними хлопотами или однообразной

работой. Этот нереализованный потенциал и хранящаяся в нем энергия будут искать способы экспрессии. Фрустрация, связанная с отсутствием таких способов, может вылиться в обсессивно-компульсивное поведение и как следствие в преувеличенное значение, придаваемое домашней работе. С другой стороны, весьма вероятно, что женщины, способные сделать карьеру или заниматься иной осмысленной творческой деятельностью, могут чувствовать, что они лучше управляют своей жизнью по сравнению с женщинами, которые довольствуются постоянными и повторяющимися задачами, которые они выполняют в интересах членов семьи или требовательно начальника.

Влияние характера занятости на здоровье среди женщин с диагностированным РА также рассмотрено в исследовании (Reisine et al., 1998), обнаружившем, что работающие женщины имеют более высокий уровень здоровья, чем не работающие. Также было замечено, что наихудшие показатели здоровья свойственны тем, кто потерял работу. Авторы утверждают, что занятость оказывает защитное влияние против возникновения заболевания и позитивно сказывается на уменьшении болей, психологического напряжения и физической немощности.

## **Стресс**

С другой стороны, бесчисленные исследования показывают, что это заболевание, по-видимому, возникает после тяжелой стрессовой ситуацией, например, утраты любимого человека или после резкой переменой привычного уровня жизни (Anderson et al., 1985). В вышеупомянутой работе Марсенаро и др. (1985) авторы обнаружили, что возникновению РА у 86 процентов обследуемых предшествовали стрессовые макро- и микрособытия, а также что существует корреляция между стрессовыми событиями и началом болезни в 60 процентах случаев.

Латман и Уоллс (1996) сопоставили данные о пациентах с четким диагнозом РА и тех, у кого обнаружен



остеоартрит. В результате выяснилось, что первые подвергались большему стрессу в начале заболевания, чем последние. В других случаях (Zautra et al., 1999; Zautra and Smith, 2001) серия наблюдений показала, что возрастание боли может быть связано с депрессией там, где обнаружена явная связь между РА и полной стрессов жизнью – в том смысле, что стрессоры в межличностной сфере оказались предвестниками усугубления болезни.

Впрочем, есть и исследование (Carette et al., 2000), менее категоричное в своих выводах насчет гипотезы о связи между перенесенными в детстве негативным опытом и стрессовыми событиями с одной стороны и этиологией РА с другой. Авторы провели ретроспективный анализ событий ранней жизни в группе из 116 человек и возможной связи с развитием РА. Было обнаружено, что единственным специфическим событием, которое в индивидуальных историях было связано с повышенным риском развития РА, было прерывание беременности.

До сих пор большинство работ, связанных с этим заболеванием, применяли метод интервенций, в котором психологическое лечение оценивается в терминах иммунологического функционирования. Эти интервенции включали в себя использование когнитивных и поведенческих техник и фокусировались на управлении стрессом.

Брэдли и др. (1987) провели обширное исследование, анализируя различные виды лечения, и пришли к выводу, что когнитивные интервенции с биологической обратной связью и расслаблением эффективно воздействовали на снижение уровня ревматоидного фактора и, соответственно, воспаления в суставах. Недавняя работа Шарпа и др. (2001, 2003) включала наблюдение за 52 пациентами, заболевшими РА в последние два года. Все они получали обычное медицинское лечение, а с 50 процентами из них в течение 8 недель проводили еще и когнитивные и бихевиоральные интервенции. Авторы сообщают об улучшении у последних и в показателях депрессии, и в функционировании суставов, а также о транзиторном

снижении уровня С-реактивного белка. Хотя, по дальнейшим наблюдениям, эти улучшения не сохранились в течение последующих шести месяцев, такие результаты следует расценивать как важное свидетельство того, что психотерапия действительно влияет на физиологическое функционирование человеческих существ. Этот временный эффект, вероятно, стал результатом применения когнитивно-поведенческих техник, которые лишь вскрывают симптомы и не проводят глубокой психологической трансформации.

С другой стороны, когда пятнадцать пациентов прошли аналитическую инсайтную терапию в течение 60-90 минут каждую неделю в среднем в течение 3,3 лет, шесть из них показали значительное и продолжительное улучшение и в физическом, и в психическом плане на протяжении длительного периода после терапии. У других пациентов наблюдались сходные улучшения лишь после более долгосрочной терапии, однако авторы заметили, что после того, как в процессе была затронута более глубокая эмоциональная доминанта, в течении их болезни появились различные варианты, в отличие от трагической предопределенности (Lindberg et al., 1996).

Таким образом, можно сделать вывод, что хотя исследование влияния психологических факторов на РА началось сравнительно недавно, стала ясна одна характеристика в ревматическом заболевании: оно более часто возникает у женщин и у тех, кому свойственны компульсивная гиперактивность и обсессивная ригидность в отношении работы. Стрессовые ситуации вызывают возникновение и нарастание симптомов. Похоже, что те женщины, кто стал жертвой монотонной однообразной деятельности, которая предлагала мало выхлопа творческой способности, пойманы в комплекс, который создает изменения в поведении. В этом случае наилучшими выразительными средствами в органическом полюсе этого комплекса становится постепенное прекращение движений, которое символизирует психическое торможение и выступает как

компенсаторный механизм, принуждающий пациентов остановить их бесцельную и компульсивную гиперактивность. Исследования в группе мужчин смогут прояснить, настолько этот паттерн гендерно-зависимый.

## **Рак и психологические факторы**

За последние несколько лет множество исследователей пытались установить связи между раком и психологическими переменными. Из-за сложности вовлеченных переменных результаты не окончательны. Критика используемой методологии стала одним из главных факторов, повлиявших на анализ результатов и более точное обращение с данными.

Как мы увидим, привлекая значительное количество участников для применения статистических методов, эпидемиологические исследования не смогли понять, какая психодинамика тут работает. С другой стороны, более детальные наблюдения, которые не позволяли осуществить количественный анализ из-за малого количества участников, вызывали сомнения в их валидности.

Далее будут выделены те работы, которые рассматривали поведенческие переменные, наиболее близко относящиеся к нашей теме.

### **Эмоциональное подавление**

В литературе можно встретить множество предположений, что выражение гнева, или, точнее сказать, степень эмоциональной экспрессии пациента оказывает влияние на возникновение и развитие рака. Статьи с описаниями клинических случаев публикуются с 1950-х годов, и в них обращается внимание на более низкий уровень выживаемости среди подавленных и покорных пациентов по сравнению с теми, кто более свободно выражал негативные эмоции, например, гнев.

Было обнаружено (Greer and Morris, 1975), что женщины с диагностированными злокачественными опухолями

в груди испытывали больше трудностей в том, чтобы выразить гнев, чем пациентки, чья опухоль по результатам биопсии была признана доброкачественной. В другом исследовании (Derogatis et al., 1979) авторы заметили, что раковые больные, которых медицинский персонал характеризовал как менее покладистых, жили значительно дольше. Эти данные согласуются с результатами наблюдений Грира и др. (1979), согласно которым пациентки с раком груди, демонстрировавшие «боевой дух», жили дольше, чем те, кто не слишком надеялся на лучшее и не получал достаточно поддержки. Хислоп и др. (1987), а также Гольдштейн и Антони (1989) обнаружили сходные результаты у участников своих исследований, также связанных с раком груди.

Некоторые авторы сосредоточились на поиске личностных черт, которые могли бы раскрыть суть «боевого духа». Например, Датторе и др. (1980) с помощью ММРІ проверяли гипотезу о типе личности, связанном с раком, в период с 1969 по 1978 в группе из 3000 ветеранов армии США. Ученые обнаружили, что по сравнению с контрольной группой заболевшие раком проявляли более явную склонность подавлять чувства.

Темошок и др. (1985) свели показатели экспрессии – репрессии в единый поведенческий стандарт типа С. Темошок и Дреер (1999) определили тип с как покладистый, неуверенный характер, готовность подавлять негативные эмоции, особенно гнев, и легко соглашаться на подчинение внешнему авторитету. Как мы видим, поведенческий стандарт типа с противоположен типу А. Авторы провели обширное исследование отношений между типом с и толщиной и глубиной меланомы. Они обнаружили значимую корреляцию между параметрами опухоли и типом С, особенно у пациентов не старше 55 лет.

Шафер и др. (1987) использовали 14 личностных характеристик в обследовании 1337 мужчин – студентов Медицинской школы Джона Хопкинса. За испытуемыми наблюдали в течение 30 лет, чтобы определить общий

уровень выживаемости (долю людей, не заболевших раком) по группам. В уровне выживаемости были обнаружены статистически значимые групповые отличия. Самые благоприятные результаты оказались в группе тех, кто обладал чертами открытости и эмоциональной экспрессивности (в этой группе раком заболел всего 1 процент участников). А в группе «отшельников», которые с большей вероятностью подавляли эмоции, результаты были самыми печальными – в 16 раз большая заболеваемость раком, чем у эмоционально открытых испытуемых.

Важность выражения эмоций для сохранения здоровья была подтверждена несколькими другими исследованиями. Например, было открыто (Faragher and Cooper, 1990), что среди женщин, которым была сделана биопсия в связи с раком груди, 171 пациентка с установленной злокачественной опухолью скорее была склонна подавлять свои чувства и поддерживать мало межличностных отношений за пределами домашнего круга или рабочего коллектива. Такие черты отличали этих испытуемых от 1110 женщин, которым биопсия принесла весть о доброкачественной опухоли. В Голландии были исследованы личностные черты 9705 женщин, в 1989-1990 годах прошедших маммографию (Bleiker et al., 1996). После шести лет мониторинга исследователи сообщили о слабой связи между высокими показателями по шкале антиэмоциональности и развитием рака груди.

С помощью Шкалы эмоционального контроля Курто (Courtauld Emotional Control Scale, CECS) были изучены связи между эмоциональным контролем и развитием рака в группе из 590 мужчин в течение 10 лет (Tijhuis et al., 2000). В результате было зафиксировано 119 случаев рака и 71 случай смертельного исхода в связи с раком. По этим данным было замечено, что со случаями рака был связан средний уровень контроля депрессии (склонность подавлять выражение своих депрессивных состояний), а смертельным исходам соответствовал средний или высокий уровень контроля депрессии. Недавний метаанализ

показал, что предвестником случаев рака является склонность к подавлению эмоций (McKenna et al., 1999).

Все эти результаты могли бы быть объяснены с помощью изысканий, которые показали, что происходит, когда люди активно подавляют свою эмоциональную экспрессию. Пеннебейкер и др. (1989) обнаружил, что такие люди проявляют повышенную возбудимость в определенных независимых направлениях, например, в показателях электрической проводимости кожи. Авторы заметили, что если в течение длительного периода преобладают процессы торможения, то это способствует накапливанию долгоиграющего стрессогенного фактора, увеличивающего вероятность впоследствии заболеть с осложнением. Особенно коварно действуют такие обстоятельства, как пережитая травма и невозможность рассказать о ней кому-нибудь. Например, анализ показал, что у людей, в детстве пострадавших от травматического сексуального опыта, с большей вероятностью возникают проблемы со здоровьем, если они не обсуждают свой опыт с другими (Pennebaker and Susman, 1988). Подобным образом, мужа, чьи жены покончили с собой или погибли от несчастного случая, спустя год после трагедии были более благополучны в плане здоровья, если достаточно часто разговаривали с кем-нибудь о произошедшем (Pennebaker and O'Heeron, 1984). В двух других работах (Pennebaker et al., 1988) университетские студенты, характеризующиеся как «наиболее открытые», продемонстрировали падение уровня кожной электропроводимости в момент рассказа об очень тяжелых событиях своей жизни. Позднее было обнаружено, что участники эксперимента стали реже посещать местный медицинский центр в течение четырех месяцев после исследования, а их иммунная система стала более активной на протяжении шести месяцев наблюдения после эксперимента. Изучение опыта людей, выживших в нацистских концлагерях и поведавших об этих испытаниях, показало, что менее сдержанные в своих откровениях (судя по падению уровня кожной электропроводимости)

были более здоровы, чем те, кто не был так открыт (Pennebaker et al., 1989).

Все эти эксперименты подтверждают результаты, полученные К.Г. Юнгом в его ассоциативном эксперименте, который был разработан и проведен им в начале XX века. В то же время, они подтверждают целесообразность терапевтической деятельности, поощряющей открытость в отношении травматического опыта и выразительной силы сопутствующих ему эмоций.

### **Тяжелые жизненные события и стресс**

В последние годы были проведены сотни научных работ, посвященных изучению отношений между стрессом, депрессией и иммунной функцией. Хотя здесь мы не намерены слишком углубляться в этот вопрос, все же стоит привести некоторые данные, добытые в сфере психонейроиммунологии.

Есть представление, что в столкновении с острым или хроническим стрессом иммунная система реагирует особым образом.

В отношении острого стресса (как правило, связываемого с единичным событием) проведено несколько интересных изысканий с участием студентов во время сессии. Например, в серии наблюдений за разнообразием иммунного ответа на экзаменационный стресс (Kiecolt-Glaser et al., 1984, 1986) замечены значительные изменения в иммунной системе студентов. Налибофф и др. (1991) помещали здоровых испытуемых в стрессовую ситуацию в лаборатории и обнаружили, что отклик на угрожающие стимулы состоит в усиленном выделении клеток-киллеров (NK, "natural killers") и лимфоцитов, как если бы тело готовилось к реакции нападения/бегства. Сходные результаты были получены на испытуемых, которым давали задание написать или просто припомнить и рассказать о сильном эмоциональном переживании (Estering et al., 1990; Knapp, 1980; Knapp et al., 1992).

Попадая в ситуацию острого стресса, тело в ответ активизирует иммунную систему, то есть защищается от вторжения. Однако не всегда эти изменения влекут за собой болезнь. Есть подтверждения тому, что существует множество различных вариантов иммунной активности, не подразумевающих развитие болезни.

В обстоятельствах же, связанных с хроническим стрессом, реакции могут быть иными. Долгий период безработицы, депрессии и горе – эти хронические факторы стресса наиболее изучены. Предположительно, все они вызывают снижение лимфоцитного ответа в случаях длительного угнетения иммунитета (O'Leary, 1990). Сефтон и Спигель (2003) в обзоре нейроэндокрино-иммунного пути от стресса к раку приводят данные о том, что важной предпосылкой для возникновения защит организма против рака может быть регуляция циркадных ритмов. Связанные со стрессом циркадные нарушения часто свидетельствуют о состоянии хронического стресса и могут негативно влиять на онкологический прогноз.

Работы, посвященные стрессу, связанному с гореванием по любимому человеку или из-за разрыва отношений, часто связывают его с возникновением злокачественных опухолей. Аутоиммунные заболевания часто становятся заметны после того, как человек переносит серьезный психологический стресс или резкие перемены в образе жизни (Solomon, 1990).

Темошок (1985) обнаружила, что те пациенты с меланомой, что находятся в состоянии сильного психосоциального стресса, сталкиваются с более стремительным развитием болезни, а Рамирез и др. (1989) сообщают, что тяжелый стресс заметно повышает вероятность рецидива у больных раком груди. При обследовании иммунной системы у мужчин, чьи жены умирали от рака груди (Schleifer, et al., 1983), было замечено, что в течение двух месяцев после смерти супруги иммунная система вдовцов была сильно подавлена, однако пришла



в норму в период от 4 до 14 следующих месяцев. Это наблюдение, возможно, как-то связано со способностью выражать боль; то есть те, кто оплакивал потерю, восстанавливались быстрее, чем те, кто подавлял горе. Эти открытия весьма близки к результатам (Pennebaker and O'Heeron, 1984; Pennebaker et al., 1988), подтверждающим связь между неспособностью выражать страдание вовне и сопутствующим угнетением иммунитета. Это объясняет повышенную заболеваемость раком среди переживших утрату (Maddison and Viola, 1968; Solomon, 1990).

В исследовании женщин в возрасте 25-60 лет, прошедших биопсию на предмет рака груди (Geyer, 1991, 1993) 33 испытуемых получили диагноз злокачественной опухоли, а 59 – доброкачественной. Выводы гласили, что более тяжелые жизненные события – включая утрату – чаще встречались у заболевших раком. В этой группе такие события встречались в четыре раза чаще, чем в контрольной группе. Эти женщины в целом чаще сталкивались с серьезными, хроническими трудностями.

Квикстад и др. (1994) проанализировали рост вероятности рака после развода и смерти супруга в группе из более чем 600 000 женщин в Норвегии, родившихся между 1935 и 1954 годами. Из них 4491 заболели раком груди. Статистическая обработка результатов показала, что нет явного свидетельства того, что на заболеваемость раком среди этих женщин повлияла смерть мужа или развод. Подобный анализ, проведенный в Англии (Jones et al., 1984), также показал лишь минимальное увеличение случаев рака после смерти супруга и небольшое увеличение смертности из-за рака. Квикстад и Ваттен (1996) также заметили, что показатели заболеваемости и выживаемости, связанные с раком, не отличались в группе женщин, перенесших смерть ребенка, по сравнению с тем, кто с таким опытом не столкнулся.

Однако Левав и др. (2000) получили иные результаты, обследовав 6 284 израильских еврея, потерявших сына

или дочь в Войне Судного дня<sup>1</sup> или в несчастных случаях между 1970 и 1977 годами. Ученые сообщают о высокой заболеваемости раком лимфатической и кроветворной систем и меланомой среди тех, кто потерял ребенка, по сравнению с населением Израиля в целом. У этой группы также был выше риск развития рака дыхательных путей. В исследованиях выживаемости было показано, что вероятность смерти оказалась выше в связи с утратой близкого человека, если диагноз рака был поставлен до этого события, а не после. Мартикайнен и Валконен (1996) изучали повышенную смертность среди финнов после смерти супруга и обнаружили умеренное (20-35%) учащение случаев рака легких. Это подтверждает гипотезу о том, что утрата социальной поддержки или неспособность справиться с испытаниями может повышать вероятность рака.

Очевидные противоречия между результатами приведенных выше исследований произрастают из того, что процесс горевания весьма сложно изучать. Эти работы не рассматривают средства, используемые индивидами, чтобы справиться с гореванием, – такие как религиозность и другие переменные. Более того, выражение и/или подавление боли, конечно, у этих людей будут иметь различные отдаленные последствия. Соответственно, в изучении стресса следовало бы рассматривать эмоциональную выразительность и копинговые стратегии, связанные с событием, независимо от его специфики.

С другой стороны, проекты, нацеленные на измерение коварного влияния стресса на возникновение рака, столкнулись со значительными методологическими сложностями, поскольку данные о возникновении заболевания неоднозначны и почти невозможно определить, произошло

---

1 Война Судного дня (Yom Kipur War, Четвёртая арабо-израильская война, Октябрьская война) – военный конфликт между Израилем и коалицией арабских стран. Началась 6 октября 1973 года нападением Сирии и Египта и завершилась через 18 дней их поражением. Обе стороны понесли значительные потери. – *Прим. перев.*

ли стрессовое события до возникновения рака или стало его следствием.

## Депрессия

Масштабное эпидемиологическое исследование 2020 сотрудников Вестерн Электрик Компани (Shekelle et al., 1981; Persky et al., 1987) обнаружило, что депрессивные симптомы по ММРІ связаны с удвоенным риском смерти от рака спустя 17 лет и с повышенным относительно нормы риском заболеваемости в первые 10 лет. Однако критический обзор итогов этого проекта (Bieliauskas and Garton, 1982) показал, что степень депрессии, названная высокой, не достигала патологического уровня. Более свежие исследования также не смогли выявить подобные связи. Хан и Петитти (1988) не обнаружили корреляции между депрессией согласно ММРІ и раком груди у 8932 женщин за 14 лет наблюдения. Десятилетняя работа Зондермана и др. (1989) также не показала значимых симптомов депрессии, которые могли бы предсказать смертность от рака. Однако другое исследование (Irwin et al., 1992) обнаружило, что у депрессивных индивидов активность иммунной системы существенно снижена, а сокращение активности клеток-киллеров представляется более воспроизводимым результатом (цитотоксическая активность этих лимфоцитов участвует в распознавании и разрушении клеток, как злокачественных, так и пораженных вирусом).

Андерсен и др. (1998) поддержали эти выводы в своей работе с группой из 116 больных раком груди, которых обследовали после хирургического лечения. Исследователи сообщили, что уровень стресса у этих пациентов был связан со сниженной цитотоксичностью клеток-киллеров и со сниженным лимфоцитным пролиферативным ответом.

Хотя депрессия может влиять на работу иммунной системы (как и стресс), это не значит, что она непременно приведет к развитию рака у всех пациентов.

В целом, в изучении депрессивных состояний большинство исследований оказываются неудачными из-за недостатка детальности. Чаще всего авторы не делают различия между формами депрессии и не изучают их с точки зрения предшествующей истории, длительности или результатов лечения. Таким образом, в этих работах мы не видим, в какой степени депрессивные состояния влияют или не влияют на возникновение рака, поскольку сравнение результатов различных способов измерения депрессии довольно проблематично. Исследования не уточняют, что такое эта «депрессия», которую они измеряют, – черта, состояние или заболевание.

В изучении хронической депрессии результаты показали явную корреляцию с раком. Пеннинкс и др. (1998) обследовали 4825 американцев старше 71 года с депрессией, диагностированной на основании классификации Центра эпидемиологических исследований (Center for Epidemiological Studies, CES-D). С поправкой на возраст, секс, расу, инвалидность, пребывание в больнице, потребление алкоголя и табака оказалось, что повышение риска возникновения рака в связи с хронической депрессией является значимым для всех видов рака и относится не только к курильщикам. Авторы сделали вывод, что если депрессия длится как минимум шесть лет, она связана с общим повышением риска заболеваемости раком.

Исследование 1213 женщин (Jacobs and Bovasso, 2000) попыталось обнаружить связь между смертью от родительской/хронической депрессии и возникновением рака груди. Женщин впервые обследовали в 1980 году, а повторно в 1995-м. За этот период 29 женщин были госпитализированы с раком груди и 10 умерли от причин, связанных с раком. По словам авторов, психосоциальными переменными, которые оказались связанными с повышенной вероятностью рака груди, были утрата матери в младенческом возрасте и тяжелые эпизоды хронической депрессии. Ученые подчеркнули, что каузальные факторы рака груди возникли и развивались в период более 20

лет, а недавние события, похоже, не влияют на заболеваемость.

Возможно, целый ряд различных переживаний в детстве может ассоциироваться и с депрессией, и с раком. Например, Фелитти и др. (1998) обнаружили, что четыре или более событий такого рода можно связать с относительным риском депрессии и рака любого вида.

Галло и др. (1000) провели 13 лет за исследованием группы из 2017 взрослых в Балтиморе, штат Мэриленд. Результаты показали взаимосвязь между клинической депрессией и возникновением рака груди у женщин.

В работе 2002 года (Loberiza et al.) 193 пациента наблюдались в течение 24 месяцев после пересадки гемопоэтических стволовых клеток. Через шесть месяцев и далее их просили заполнять опросники. Выводы гласили, что депрессия позволяет предсказывать раннюю смерть у пациентов, оставшихся в живых не более 12 месяцев после получения лечения.

Другой фактор, изученный в отношении рака, – это утрата надежды, отчаяние, представляющее собой один из аспектов депрессии. В работе 1997 года (Everson et al.) отчаяние было проанализировано с помощью специальной шкалы как фактор, связанный со смертью и с возникновением инфаркта миокарда и рака в группе из 2428 финских мужчин. Обнаружилось, что средняя и высокая степень отчаяния коррелировала с двукратным увеличением риска смерти от связанных с раком причин.

Спигель, один из ведущих исследователей в этой области, считает, что хотя данные о депрессии как предвестнике рака довольно разнородны, все же тяжелая хроническая депрессия может быть связана с повышенным риском рака (Spiegel and Giese-Davis, 2003). В работе 1996 года Спигель пишет, что депрессия не только осложняет борьбу с раком и восприимчивость к лечению, но и влияет на отдельные стороны эндокринной и иммунной систем, что может ухудшать сопротивление росту опухоли.

## Заключение

На основании упомянутых исследований мы не можем сказать, что у какого-либо типа личности есть более высокая вероятность появления рака и ревматоидного артрита. Примеры лишь показывают, что невыражение сильных негативных эмоций, вызванных горем, разрывом отношений или травмирующей ситуацией, – это фактор предрасположенности к изменениям в работе иммунной системы, делающим тело более уязвимым перед развитием злокачественных опухолей.

Стресс, сам по себе и независимо от его сути, – это фактор, усугубляющий болезнь, если нет никакой возможности выражать эмоции, связанные с этим стрессом. Однако исследования, которые пытаются измерить влияние острого стресса на возникновение рака, испытывают значительные методологические сложности, потому что данные, связанные с развитием злокачественной ткани, неоднозначны, и оказывается почти невозможно понять, являются ли стрессовые события предшественниками или следствиями рака.

Некоторые работы обнаружили связь между иммунной системой и психологическими событиями. Однако в большинстве своем они проводятся врачами и психологами с экспериментальным, социальным и/или физиологическим подходом и используют тесты и опросники, и поэтому такие исследования сосредоточены на социальном и сознательном поведении. А суть того, как горевание, страдание или компульсивная установка могут «соотноситься» с иммунной системой, может быть понята лишь в таком исследовании, которое продвинулось бы в глубину, к более сложным психологическим структурам.

С одной стороны, работы по плацебо показывают, как конкретный символ может воздействовать на тело. С другой стороны, исторический экскурс поддерживает идею взаимосвязи души и тела в различных системах и ситуациях. Однако оба типа исследований страдают от

недостатка теоретических рамок, которые их могли бы объединить. Отсутствие теоретической референтной базы ограничивает эти исследования описанными обстоятельствами и не позволяет возникнуть более глубокому и адекватному пониманию феномена. Конечно, эти данные будут осмыслены и очень полезны, если их рассмотреть в свете общей теории.

Мы попытаемся ответить на эти вопросы, приведя девять клинических случаев. Они будут проанализированы и интерпретированы на основе аналитической модели, со ссылками на описанные выше исследования. Первые три случая (глава 5) описаны детально, в отношении остальных (глава 6) будет изложена суть терапевтической работы.

# 5

## АНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ В ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Однако болезнь – это еще и символ, репрезентация чего-то, происходящего внутри, драма, разыгрываемая Оно, средствами которого оно оповещает о том, что не может быть высказано языком.*

(Groddeck, 1949: 101)

Случаи, описанные в этой главе, были выбраны в основном по их психосоциальной значимости. Заболевания коронарной и иммунной систем – это болезни нашего времени, и в смысле распространенности, и в смысле тайны, которую они представляют. Мы можем рассматривать случаи с этими пациентами в качестве модели работы для каждой из упоминаемых болезней.

Терапевтические случаи были проанализированы в соответствии с аналитической методологией. Из-за большого объема и сложности клинического материала были выбраны лишь самые яркие аналитические моменты. Там, где возможно, приведены расшифровки диалогов с пациентами во время сессий, а также материал сновидений.

Имена и некоторые личные данные пациентов изменены, чтобы избежать возможного узнавания.



## Человек-граната: когда сердце взрывается. Заболевание сердца

Пациент, 57-летний инженер и старший управляющий в транснациональной корпорации, был направлен ко мне своим кардиологом после перенесенного три месяца назад инфаркта миокарда<sup>1</sup>.

### История

Артур – единственный ребенок в семье, он говорил, что всегда был образцовым учеником, никогда никому не создавал проблем. Утверждает, что обычно неплохо адаптировался к различным ситуациям и никогда не страдал от каких-то травм или конфликтов. Артур живет в гармонии с женой и тремя детьми, поддерживает приятный и комфортный образ жизни, нет никаких поводов для беспокойства, кроме этого недавно обнаруженного заболевания. Раньше он ничем не болел, разве что в детстве. Постоянно ездит в командировки по сложным делам и наслаждается этой деятельностью, потому что «может доказать, насколько хорошо умеет конкурировать». Примерно три месяца назад он почувствовал «какие-то острые боли в груди», но пошел к врачу только когда эти пекторальные боли усилились. Он был госпитализирован с инфарктом миокарда. Так он обнаружил, что страдает от артериальной гипертензии, вероятной причины инфаркта. Принимает лекарства, контролирующие кровяное давление. Был направлен на анализ, так как сопротивлялся предписаниям врача касательно снижения нагрузок в работе и изменений стиля жизни. Пациент принял рекомендацию больше отдыхать, но лишь для того, чтобы больше заниматься спортом. Принял участие в соревновании, что усугубило гипертензию.

---

1 Инфаркт миокарда – обширный некроз сердечной мышцы в результате нарушения кровоснабжения этой области. В большинстве случаев вызван атеросклерозом коронарных артерий, который обычноотягощен коронарным тромбозом. Слово «инфаркт» имеет латинское происхождение, *infarcire* означает «закупоривать», «набивать до отказа». – *Прим. авт.*

## Первичные клинические наблюдения

Первое впечатление об Артуре – хорошо одетый мужчина, стройный и элегантный, образец успешного менеджера. Похоже, чувствует себя неловко во время первого разговора и скептически настроен в отношении терапии: «У меня нет никаких проблем, это врач велел мне прийти». Держится отстраненно, быстро говорит о своей работе и ее важности. Он горд своим прошлым и тем, что всего достиг «большим трудом и отвагой», потому что родители были скромного происхождения и бедны. Не понимает связи между инфарктом и какими бы то ни было психологическими проблемами, но хотел бы разобраться, чтобы «устранить эту неприятность».

Похоже, что более всего пациента беспокоит утрата контроля над своим телом и необходимость привлекать других для заботы о себе. Таким образом, вначале он соглашается на терапию, если она может помочь избавиться от этого «дискомфорта». Все качества, которые можно заметить в Артуре, идеально укладываются в описание личности типа А, открытой Фридманом и Розенманом (1974): проявляет агрессивные черты, постоянно вовлечен в хроническую и нескончаемую конкурентную борьбу, страдает от враждебности и спешки.

## Ход анализа

Терапия вначале была сфокусирована на его работе, которой он посвящает примерно 14 часов в день, не считая работы по выходным. Он достиг пика своей карьеры и чувствует снижение мотивации, так как не видит далее столь значимых целей, чтобы к ним стремиться. Он склонен к конкуренции, быстро ходит и говорит, использует агрессивные и враждебные слова в отношении подчиненных и коллег. Требуя от них по максимуму, как будто они постоянно участвуют в борьбе за чемпионство.

У Артура бессонница, каждый день он просыпается в 4 часа утра и читает деловые отчеты. В 7.00 он уже

в офисе. Говорит, что у него нет друзей, потому что у него нет времени «для пустой болтовни». От жены и детей требует дисциплины, выполнения обязанностей и послушания. Очевидно, он не задумывается о том, как они живут и что чувствуют. Отношения устанавливает односторонние, отдает приказы и не слышит отклика. Даже любовная и сексуальная жизнь с женой подчинена правилам и дисциплине, «чтобы не брать в голову».

Такие же установки характеризуют Артура в анализе. После описания каждого происшествия, которое, как правило, он зачитывает из своих подробных записей в календаре встреч, он поднимает голову и встревожено спрашивает: «Как вам это?», «Что вы думаете?» или «Что вы на это скажете?». Поскольку я не даю ожидаемой им реакции («я прикладываю максимальные старания, чтобы быть лучшим пациентом, который когда-либо у вас был»), Артур уходит иногда расстроенным, а иногда заметно раздраженным моей «неэффективностью». Его расписание встреч выступает как посредник в наших отношениях, туда он записывает и интерпретации. Эмпатии трудно возникнуть, потому что боли служат Артуру средством избегания эмоционального контакта. Он сидит на краешке кресла, как если бы был готов в любой момент встать, и он это делает ровно в ту самую минуту, когда истекает время нашей сессии.

На пятой встрече Артур рассказывает такой сон:

*Я прихожу на деловую встречу, но она проходит в месте, похожем на парк развлечений. В тире я испытываю ужасный шок, когда вижу, что моя младшая дочь привязана в качестве цели для соревнования лучников. Одна стрела пролетает мимо, и я просыпаюсь в крике.*

**АССОЦИАЦИИ:** Младшая дочь 11 лет, его любимица. Она единственный человек, которого он может поцеловать, потому что она не боится его и может более свободно подойти к нему, чем остальные. Когда ему было 11 лет, умерла его бабушка со стороны матери, очень любящая. С тех пор он стал более послушным и суровым, потому что

она была единственным человеком, который его защищал от строгого и требовательного отца.

Он очень боялся отца, который был «самым справедливым и честным» и при этом отстраненным и склонным к вспышкам гнева. Мать проводила все время, выполняя домашние дела «с бесподобной аккуратностью». Она мало говорила и никогда не выражала своих эмоций. От нее он научился тому, как это «вульгарно» – выражать эмоции. Оба родителя ожидали, что их сын как минимум будет блистать во всем, и не терпели никаких признаков несовершенства.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** сон подвиг пациента впервые заговорить о своем детстве и родителях. В этом сне мы можем видеть источник его гиперактивности и жестких установок (которые его, впрочем, не беспокоят). Артур продолжил думать, что «все это правильно». Единственное, что беспокоило его, – угроза его дочери, это мы поняли как угрозу утраты его эмоциональности. Его анима все еще на инфантильной стадии, и она оказывается под угрозой быть застреленной в рабочей среде (деловая встреча). Конфликт, похоже, существует между логосом (работой) и эросом (анима), между формальной, ригидной персона и инфантильной, связанной с матерью (с бабушкой) эмоциональной стороной. Стрелы – это, возможно, враждебные и агрессивные установки, которые приняты в его сегодняшней жизни. Они могут убить то, что для него дороже всего на свете. Здесь мы можем амплифицировать сновидение. В мифологическом контексте стрелы в сердце могут представлять собой сильное (острое?) любовное страдание, которое остается для пациента абсолютно бессознательным. Стрелы соотносятся с кардиальными симптомами, которые были у него за несколько дней до инфаркта (кинжальные боли в сердце). Он хотел оставаться Мистером Суровостью и не обращал внимания на симптомы, пока они не ухудшились и не заставили его лечь, то есть сделать то, что он не любит (бессонница, состояния постоянного бдения).

Психика заставила его лечь, склониться, заставила его отправиться в больницу, столкнуться с конфликтом – плодом инфантильного комплекса. Поскольку он не осознал этот конфликт, полярность реального вторглась в его тело в виде инфаркта, который визуализировался как «стрелы, пронзающие сердце».

За первым последовали и другие сновидения подобного характера. Мы начали замечать, что подавление желания любви заключило его в темницу холодного и объективного мира. Чем больше он старался избавиться от любви, тем более напуганным себя чувствовал. Здесь вспоминается миф о Шиве, индуистском боге творения. Погруженный в медитацию и воображение, Шива отрезал себя от природы, и она не могла цвести и приносить плоды. Только стрелы бога Маданы смогли попасть в сердце Шивы и пробудить его. Таким образом, в этом акте любви Шива воссоединяется с Сущим и дает форму и материю своим мыслям (Albrecht, 1979; Ramos, 1990).

На одиннадцатой сессии Артур замечает, что, несмотря на принимаемые лекарства, кровяное давление пугающе высокое. Поэтому мы работаем с его симптомом, используя технику активного воображения.

Я прошу его попробовать закрыть глаза и «увидеть», что происходит в его теле и там, откуда берет начало это повышенное давление. Через полминуты Артур описывает следующий образ:

*По узким улицам бежит человек. Они похожи на каналы, все вокруг красное. Я думаю, это мои вены. Человек бежит быстро, и в руке у него граната. Он не может остановиться, все время должен лететь вперед. Там, где он остановится, граната взорвется.*

Этот образ объясняет, почему Артур должен все время бежать. Если внешнее давление (давящий бизнес) ослабеет, внутреннее давление станет невыносимым. Теперь Артур может видеть, что всегда нуждается в том, чтобы лететь, бежать. Мы понимаем, что его пугает эмоциональность,

связанная с феминным. Он боялся стать менее мужественным и эффективным, более слабым. Вот почему он бежал, причиной был страх. Человек с гранатой в кулаке ассоциировался у него со строгим и «взрывным» отцом, который наказывал его (теперь он припоминает) за малейшее несовершенство. Анализ затронул этот комплекс, заряженный энергией и эмоциями, и в некотором смысле усугубил сердечный симптом. Это значит, что сделав конфликт более осознанным, анализ сделал более осознанным страх, и кровяное давление повысилось. Конечно, это нормальная реакция борьбы-или-бегства при столкновении с любой опасностью.

Таким образом, медикаменты или изменения в образе жизни принесли бы этому пациенту лишь временное облегчение. На самом деле он не смог бы действительно изменить образ жизни, потому что комплекс гораздо сильнее и опаснее, чем заболевание сердца, которое ему угрожало. Если бы мы не провели с ним эту работу, все остальное лечение не дало бы результата.

Этот случай согласуется с наблюдениями самих кардиологических пациентов: хотя они и точно знают, что нужно делать, все равно не могут следовать советам врача. Иначе и быть не может, ведь они имеют дело с символом гораздо более мощным, чем сознание, – символом раненого, поврежденного сердца, которому нужно войти в сознание, чтобы вызвать настоящую трансформацию.

Поведенческие техники, основанные на наказании и нацеленные на то, чтобы контролировать поведение типа А, в лечении таких пациентов только усугубляют невроз и повышают давление.

Техники для работы с «человеком-гранатой» относились к активному воображению. Теперь я предлагаю пациенту вступить в диалог с «человеком-гранатой» (ЧГ):

Артур: Что ты хочешь? Что ты делаешь?

ЧГ: Я здесь, чтобы взорвать тебя. Избавиться от тебя.

Артур: Но почему?

ЧГ: Потому что во мне много ненависти, очень много ненависти. Это невыносимо, так ее много. Я хочу больше, и я хочу все взорвать.

Артур: Что это за ненависть?

ЧГ: Я боюсь. Боюсь, что он меня поймает. У меня нет времени говорить. Прочь с дороги.

Артур: (взволнован, дыхание учащенное) Подожди немного. Поговори со мной.

ЧГ: Ты можешь справиться с последствиями?

Артур: Думаю, да; мы не одни.

ЧГ: Я устал, очень устал. Я хочу остановиться, но не знаю как.

Артур: Что тебя пугает?

ЧГ: Это он. Тот, кто требует от меня всего, кто заставляет меня быть как он, готовым взорваться.

Артур: Отец?

ЧГ: Он самый.

Артур: Ты мой отец?

ЧГ: Нет, тупица, ты что, не видишь, идиот? Это он, а не я. Я жертва его издевательств.

Артур: Но где же он?

ЧГ: Ты не видишь, вот идиот. У двери в твое сердце!

В этот момент пациент останавливается, явно очень уставший и затронутый своими эмоциями. Он говорит о страхе, как он боялся пойти против отца, боялся его агрессивных взрывов. Мы, похоже, понимаем, что «человек-граната» – это аспект его тени, которая возникала в повседневной жизни в виде сдерживаемой враждебности и неконтролируемого стремления к конкуренции. При такой тени мой пациент должен был постоянно быть настороже, готовым улететь или убежать, что и показывал его органический симптом.

На следующих сессиях мы использовали техники активного воображения в отношении спонтанно возникавших образов: отец в дверях его сердца, поврежденное кровоточащее сердце, физические столкновения с отцом, свободное и пустое сердце, его дочь, защищающая его сердце. И, наконец, теплое сердце, которое спокойно бьется.

На этом этапе пациент пережил несколько приступов аритмии и повышенный артериального давления.

Последнее сновидение в анализе (29-я сессия):

*Я путешествую на огромной позолоченной лодке по длинному каналу. Лодка движется гармонично, следуя движениям воды. И одновременно с ними берега канала становятся то уже, то шире, помогая лодке продвигаться вперед.*

**АССОЦИАЦИИ:** Позолоченная лодка, лодка в сумерках середины жизни, дающая чувство удовольствия и покоя, какого он никогда раньше не испытывал. Канал, который движется, напомнил ему о ритмичных движениях родовых путей во время родов. И таким образом он ощущал себя, заново рождающегося.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Уже понятна из его ассоциаций. Любое дополнение было бы упрощением и редуционизмом. Этот сон показывает рождение нового сознания и новые ритмы его психической жизни. Каналы (вены и артерии) теперь свободны, чтобы пропустить обновленное эго (лодку).

После этого сновидения последовали еще три сессии, в течение которых этот процесс получил подтверждение. Пациент попросил приостановить анализ, и его просьба была удовлетворена. В настоящее время, спустя 17 месяцев, он не в анализе. От его врача известно, что у него больше нет никаких симптомов, а артериальное давление в норме.

Всего было проведено 32 сессии, дважды в неделю по 50 минут.

### **Центральный символ процесса**

Можно сказать, что это был укороченный аналитический процесс, сосредоточенный на органическом симптоме и продвинувший пациента по пути индивидуации (рис. 5. 1). Приближаясь к среднему возрасту, в метаноэе, процесс индивидуации был блокирован неврозом, пациент с упорством отказывался осознавать происходящее как конкретный, телесный полюс символа, заставившего





**Рис. 5.1.** Резюме случая «человека-гранаты»  
(инфаркт миокарда)

пациента столкнуться с его комплексами и внести поправку в одностороннее развитие. Из-за недостатка осознанности то, что можно было бы прожить в абстрактном плане, пришлось переживать синхронистично в буквальном плане, чтобы интегрировать это в сознание.

Главными достижениями этого процесса стали более сознательное понимание родительских комплексов и восприятие тени как враждебного и деструктивного аспекта, «человека-гранаты». В тот момент, когда он осознал свою тень, его анима могла освободиться, хоть и находилась на инфантильной стадии, и смогла развернуться более гармоничная и ориентированная на любовь установка.

### **Стоик: когда суставы воспаляются.**

#### **Ревматоидный артрит**

Бет 49 лет, она домохозяйка. Вот уже десять лет она страдает от ревматоидного артрита<sup>1</sup>. Она прибегла к психотерапевтической помощи, потому что чувствовала себя очень подавленной и никчемной.

<sup>1</sup> Ревматоидный артрит – обычно хроническое заболевание, считающееся аутоиммунным. Это расстройство соединительной ткани, характеризующееся воспалением, дистрофией, болью, скованностью, опуханием и иногда разрушением суставов. – *Прим. авт.*

## История

Бет замужем, у нее четверо детей в возрасте от 20 до 28 лет. Ее муж занимается бизнесом и обеспечивает семье средний социально-экономический уровень. Она впервые почувствовала боль в руках и коленях примерно десять лет назад, но не слишком беспокоилась по этому поводу до тех пор, пока не обнаружила, что оказалась ограниченной в свободе движений. Ходьба для нее довольно трудна и утомительна. Уже заметны деформации в суставах рук. Суставы в запястьях, локтях, лодыжках и больших пальцах ног тоже поражены, но в меньшей степени. Она заметила, что симптомы усугубляются, когда она напряжена и раздражена. В течение шести лет проходила медикаментозное лечение без какого либо улучшения. Была испробована акупунктура и гомеопатия – снова никакого существенного эффекта. Время от времени она принимает противовоспалительные средства, чтобы уменьшить боль.

## Первичные клинические наблюдения

Бет выглядит испуганной и скованной. Здороваясь, она протягивает руку и поспешно ее убирает, как будто боясь, что с ней не поздороваются. Прикосновение легкое и нерешительное. Садится на краешек кресла, крепко держась за сумочку на коленях. Говорит тихим голосом, глядя в пол. Она выглядит хрупкой. Волосы собраны в тугой пучок, одежда растянута, а бледные морщинистые руки создают впечатление, что она только что вымылась с хлоркой. Это впечатление усиливается запахом хлорированной воды, исходящим от ее рук. Она говорит, что представить себе не могла, что однажды будет нуждаться в помощи, потому что она всегда со всем справлялась сама. Она много работает дома и в церкви – шьет для бедных – так что не знает, откуда взять время на заботу о себе самой. Решила пройти лечение по настоянию младшей дочери и далее действовать по моему «указанию».

## Ход анализа

Бет начинает первую встречу с описания своих домашних обязанностей, очень подробно, во всех деталях,

чтобы описать всю ту заботу, которой она окружила своих домашних. Она говорит, что это форма проявления любви, – например, для каждого на завтрак приготовить хлеб с маслом и кофе с молоком, чтобы по утрам они не теряли время. Одежда всегда постирана и выглажена, в доме чистота и порядок, еда вкусна и полезна – все это, по словам пациентки, ее способ передать свои чувства.

Она может себе позволить оплачивать услуги домработницы или горничной, однако отказывается от этого, «потому что никто другой не знает, что и как они любят». Ее одержимость чистотой такова, что отправляется спать последней, чтобы на полированном полу в холле не осталось следов обуви. Она говорит, что продолжать делать все это, несмотря на боли, – наилучший способ показать свою любовь семье любой ценой.

Отношения с мужем у них холодные и отстраненные. Ей очень больно, потому что он не понимает такую форму чувств и настаивает на частой сексуальной близости, даже если она больна или устала. Отношения выглядят формальными: муж развлекается с друзьями, а жена готовит и заботится о детях. Дети стали ее заложниками и оправданием для того, чтобы избежать общения с мужем. Она заметила, что парестезия и жжение в коленях и руках появляются, когда ее младшая дочь уходит из дома. В эти моменты она чувствует себя более одинокой.

В анализе она начала сопоставлять свою чрезмерную нагрузку с механизмом защиты от страха быть отвергнутой. Она осознала, что заваливает себя работой, чтобы заглушить чувство утраты и одиночества. Однако она никогда не жаловалась и не спорила, чтобы никому не досаждать. Ее исходной установкой было подчинение и скромность. Она никогда никому не перечит, даже если уверена в своей правоте. Конфликты ее ужасают, их удается избегать, затыкая себе рот. Действительно, можно заметить постоянное сокращение мышц в оральной области, поджатые губы.

Мы стали больше говорить о конфликтах и возмущении, насчет которого она вначале не задумывалась. Однако время от времени пациентка замолкала, говоря, что ей больше нечего сказать. Постепенно мы поняли, что этот мутизм скрывал ее страх вызывать у меня раздражение своими жалобами и показаться мне «неблагодарной». Таким образом, установился негативный материнский перенос, и пациентка постепенно стала понимать, что ведет себя так, словно я ее подавляющая и критикующая мать, которая, действительно, не стала бы терпеть «нытье и жалобы».

Негативный материнский комплекс создал ригидную личностную структуру с ослабленным и расщепленным эго. Ее желания всегда считались «мелочью» и были так задавлены, что оказались недоступными самой пациентке. Высвобождение чувств порой сопровождалось усилением боли. Как будто каждая подавленная эмоция была связана с сокращенной мышцей, и попытка экспрессии грозила наказанием (так наказывала ее мать). Пациентка постепенно обнаружила глубокую печаль о своих отложенных желаниях, чье место заняло чувство долга (гарантировавшее, что ее будут принимать), и в течение большого количества сессий много плакала.

Бет начала осознавать, что ее мазохистическая и депрессивная структура вынуждала ее все время жертвовать собой ради других до такой степени, чтобы даже одеваться в старые перешитые вещи, что абсолютно не соответствовало ее уровню достатка, зато защищало от «риска подвергнуться критике за расточительство».

В этот период пациентка поделила таким сновидением:

Я нахожусь на какой-то мерзкой улочке, она вся в ямах, льет дождь. Стоят два грузовика, нагруженные коробками с яйцами. Они пытаются ехать вверх, но перегружены и съезжают вниз. Водители разгоняют моторы, те перегреваются, может вспыхнуть пожар.

(10-я сессия)

**АССОЦИИИ:** Крутой склон ассоциируется у пациентки с улицей, где жили родители и где она выросла. Потоки воды напоминают ее манию чистоты и постоянные старания вымыть задний двор, поливая его из шланга. Грузовики, наполненные товаром, отсылают к ее неизбывному ощущению телесного груза и трудностям с ходьбой. Яйца ассоциируются с чем-то новым, что может появиться.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** В этом сновидении мы смогли распознать, как ее постоянные попытки «вымывания» создают «ямы», мешающие нормальному движению транспорта. Хотя в этом сне мы впервые наблюдаем определенную возможность аналитического развития, образ яиц, все же некоторая чрезмерность здесь создает трудности. Сам потенциал большого груза, долгие годы не находившего применения, предполагает, что нынешние попытки пустить его в дело будут сопровождаться некоторыми потерями. То есть часть яиц должна быть отгружена, а покрытие должно быть не столь чистым, и тогда грузовики смогут доехать до места назначения. Пациентка сама пришла к такому выводу, и мы поговорили о том, как это может быть привнесено в ее повседневную жизнь. Попытки форсировать подъем ведут к угрозе пожара, и тут пациентка вспомнила об ощущении жжения в суставах. Ей стало ясно, что когда она старается форсировать «подъем в гору», стараясь все преодолеть, нарастает жжение и боль в суставах.

С другой стороны, отказ от сдерживания своих вновь обретенных желаний – задача непростая. И просто двинуться дальше, с горечью и сожалениями о не сбывшемся, – это, похоже, тоже не лучший вариант.

Пациентка начала припоминать, как она в детстве любила музыку и танцы, как отказала себе в этих удовольствиях, потому что чувствовала себя неловкой и нескладной. Как будто все, в чем была ее жизнь и гибкость, оказалось связанным, закованным в цепи и ограничено жесткими и ограниченными движениями. Болезнь лишь

притормозила ее самопожертвование, усилившись в последние годы.

До той поры она слепо повиновалась всем просьбам извне. Ее альтруизм превратился в одержимость, и если выполнить задачу было невозможно, ее охватывало чувство невыносимой тревоги. Позднее она осознала, что ее тело защищало ее от дальнейшего злоупотребления, потому что сама она отказывать не умела.

Зиглер (1983) ассоциирует ревматоидный артрит с философией стоиков, в которой терпение, послушание и альтруизм играли ведущую роль. Стоики, подобно моей пациентке, умаляли тело и подвергали себя самым суровым физическим испытаниям, чтобы достичь идеального состояния. Они стремились к самодостаточности и избегали эмоций, стремлений и желаний.

Постепенно мы поняли, что пациентка не могла отказаться от своего стоицизма, так как это была единственная форма власти, которую она могла практиковать. Поднимаясь выше своих желаний, она обретала чувство превосходства, и это переживание было бесценно. Ее безостановочная физическая активность – пусть бессмысленная и бесполезная, – позволяла ей чувствовать свое превосходство. «Потребности» же были чем-то внутренним, то есть относящимся к менее ценным вещам.

Еще одно ее сновидение:

*Я сажусь на мотоцикл. Раскладываю заднюю часть, и оттуда выдвигается крышка, на которой сидят женщина и девочка. Я стартую на высокой скорости. На пути огромное количество досок и брусьев. Есть только один узкий кривой проезд, по нему я и еду. Я оставляю этих двух женщин. Сажусь в машину, за рулем мужчина. Он въезжает на очень крутой склон по темному грунту. Он заезжает слишком высоко и падает, но дорога дальше идет нормальная.*

*Черная машина поднимается в горку и на полпути закипает. Она чуть не загорается.*

(25-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** Мотоцикл представляется клиентке проворным и маневренным средством передвижения, но она никогда на нем не ездила. Две женщины напоминают ее саму и ее мать. Мужчина неизвестен, а крутой подъем в горку похож на образ из предыдущего сна. Черная машина напоминает старую машину отца, которая была у него в 1950-е годы.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Можно заметить, что анализ высвободил огромное количество энергии (запертой в материнском комплексе), представленной образом подвижного и гибкого средства – мотоцикла. Однако когда она покидает двух женщин и ее везет мужчина, она пытается ехать вверх и происходит падение. Становится понятно, что когда контроль берет в свои руки ее маскулинная часть, она принуждает пациентку держаться стоической установки, которая ведет ее к несчастью.

Пациентка вспоминала, что мать обращала на нее внимание, только когда она плохо выполняла свои домашние обязанности, а отношения с отцом в основном сводились к ее учебным и домашним достижениям. Она отчаянно хотела, чтобы он ее любил, а он ценил «беспристрастных», «расчетливых» и «безэмоциональных» женщин. В этом она увидела отцовское подавление ее феминности, и эта тема ясно видна в следующем сновидении:

*Я открываю старинный гардероб. Он набит старыми мужскими пиджаками. Там мужские пальто, а брюк нет.*

**АССОЦИАЦИИ:** Старые пиджаки – вероятно, отцовские пиджаки. Нет брюк, потому что она чувствует, что примеряла на себя лишь верхнюю часть. «Верхняя часть, я женщина. Это доказывается тем, что у меня есть дети, а муж жалуется, что я не женщина».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Эти отцовские пиджаки – словно броня, которую пациентка сама использует в отношениях. Это пиджаки, которые склоняют ее быть отстраненной и «беспристрастной». Однако они старые, как и установка, которая уже поизносилась и закрыта для сознания.

Одна часть ее феминной идентичности оказалась сохраненной в материнстве.

На 37-й сессии пациентка с удивлением рассказала, что уже несколько дней не вспоминает об артрите. Хотя была зима, боль насколько заметно уменьшилась, что она даже забыла о своей болезни.

Я предложила поработать непосредственно с болезнью, раз уж ее регрессивный аспект стал более осознанным. Пациентка согласилась.

Я попросила ее сесть поудобнее, закрыть глаза и сосредоточиться на суставах, которые больше всего болели. Пациентка сказала, что это ее колени. Я попросила ее сосредоточиться на этом месте и попробовать понаблюдать за тем, что там происходит. Пациентка сказала, что это какое-то «несчастье» и некоторая «болезненность». Она свела колени и потом раздвинула их – это навело ее на мысль, что это защитное движение против вторжения, сексуального вторжения со стороны мужа. Здесь на первый план вышла ее ненависть к мужу, смешанная с тошнотой и отвращением, – чувства, которых она раньше не осознавала.

Ей вспомнились бесчисленные случаи, когда она плохо себя чувствовала или обижалась на мужа, но все равно соглашалась на близость, «потому что это мой супружеский долг» и некоторая «гарантия того, что он не будет заглядываться на других женщин».

Постепенно стало понятно, что отвердевание этих суставов было защитным механизмом против движений, навязанных ей помимо ее воли. На самом деле артрит в ее колене был защитой, которая была направлена на противостояние насилию, и, в то же время, наилучшим способом выражения ее Самости в условиях конфликта между желанием власти (удерживать мужа) и эросом (ненависть к мужу). Запрет на движение защищал пациентку от еще большего зла, то есть продолжения полных ненависти отношений.



На следующую сессию она приносит такой сон:

Я вижу дерево, покрытое листьями, но совершенно иссохшее на поверхности. Я цепляюсь за сочный выющийся побег, чтобы достать два желтых плода на верхушке дерева.

Отец моей подруги бурно приветствует меня, одаривая меня любовью.

**АССОЦИАЦИИ:** «Я сама, какой мир видит меня, – это дерево. Сухое, безжизненное. Но внутри у меня есть соки, и я могу выносить плод, хоть пока их и трудно достать». «Я завидую подруге, у которой есть отец, который всегда с ней вместе и полон чувств».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Пациентка начинает осознавать разобщенность между тем, как она выражает себя, и ее внутренним миром. Она с удивлением понимает, что в ней есть «соки», то есть ее собственная творческая жизнь. В то же время, можно сказать, произошло улучшение в отцовском комплексе, теперь он проявляется в позитивном полюсе.

На последующих сессиях мы продолжили работу с суставными симптомами, давая им возможность подать голос. Как будет видно из описания следующей сессии, ведущая эмоция – это гнев, он всплывает через технику активного воображения.

На 42-й сессии пациентка уже больше осознает напряжение в своих коленях, предлагает исследовать боль в ее правом запястье, которая особенно беспокоит ее в последние дни. Закрыв глаза, она сосредотачивается на этом. Она описывает усиление боли, как если наручник туго сковал ее запястье. Я прошу ее еще сильнее представить себе этот сжимающий наручник и попытаться «увидеть», кто там по другую сторону. Пациентка чувствует усиливающийся жар, словно наручники жгут ее кожу, и «видит» мужа, который садистски смеется, и ключ у него. Образ мужа смешан с образом отца, и пациентка рыдает от страха и бессилия. В столкновении с силой двух мужчин она ничего не может сделать.

*Я марионетка, привязанная за запястья и лодыжки, и танцую под мелодию, которую они играют. У меня нет никакой собственной воли. Я безостановочно хожу и прыгаю по их желанию. Никто не защищает меня. Я должна делать то, что они приказывают.*

Пациентка выходит из активного воображения в горьких слезах, встает и хочет уйти раньше времени. Она чувствует, что ее запястья и лодыжки горят, и жалуется, что ей стало гораздо хуже, чем было в начале терапии.

Я прошу ее вернуться к активному воображению и попытаться поговорить с ее отцом/мужем, и она неохотно делает это. Через несколько секунд пациентка открывает глаза и говорит, что продолжать бесполезно, что ничего нельзя сделать. Мы остаемся с этим чувством бессилия, к которому еще будем возвращаться в дальнейших сессиях, и которое было усилено образом, недавно явившимся ей перед сном: «Я никак не могла уснуть. Мне было трудно дышать. Я увидела мое обручальное кольцо, сдавливающее мне грудь, оно не давало мне дышать свободно».

На 57-й сессии, во время активного воображения, я прошу пациентку сконцентрироваться на теле и суставах в том месте, которое больше всего привлекает внимание. Пациентка направляет внимание на свои атрофированные пальцы. Она практически не может их разогнуть, такую боль причиняет ей каждое движение. В этот момент возвращается ощущение наручников на запястьях, и она чувствует, что чтобы избавиться от них, нужно воспользоваться пальцами. Ни муж, ни отец ей не помогут. Она должна будет проделать это сама. Я вижу, что пациентка начинает с большим усилием двигать пальцами правой руки, словно открывая висячий замок на левом запястье. Потом она повторяет то же левой рукой. Ее движения очень медленны и явно причиняют ей боль. В конце она улыбается. Она знает, что все еще не свободна и должна снова и снова повторять

эти движения, и она делает это дома время от времени по несколько раз каждый день.

На следующих сессиях Бет говорит, что уже может двигать пальцами – впервые за этот год. Она чувствует, что жизненные соки текут по направлению к внешней оболочке, и сухое дерево начинает возвращаться к жизни. Она уже больше может добиваться своего и начинает бороться с мужем и детьми.

Я предлагаю руководство, по которому она может упражняться дома, держа в голове образ тех соков, которые текут в ее теле, концентрируясь на наиболее пораженных областях. Несколько недель спустя стали видны заметные улучшения, большие воспаления уменьшились, прежде всего, в коленях, запястьях и пальцах.

В то же время, ее борьба с мужем становится все более агрессивной, и он отказывается дальше оплачивать жене терапию, называя ее состояние «ужасным ухудшением». Поскольку у пациентки нет никакой профессиональной подготовки, она не может найти работу, так что через несколько сессий лечение останавливается.

Бет возвращается для встреч раз в месяц в течение года и сообщает, что с мужем у нее продолжают битвы, а сама она обрела новую социальную позицию. Нашла работу продавщицы в магазине и стала иначе одеваться. Теперь она выглядит гораздо более живой и веселой. Она говорит, что может «маневрировать» своим мужем и делает то, что доставляет ей удовольствие. Хотя ревматоидный артрит не покинул ее полностью, она больше не чувствует боли, и воспаление в руках возникает, только если она устала или перегружена.

Она понимает, что болезнь может вернуться, если она свернет с «пути к своей Самости», если перестанет «слушаться себя» и начнет «слушаться других».

### **Центральный символ процесса**

Мы видим, что ревматоидный артрит из символа превратился в знак, который давал ей подсказки,



**Рис. 5.2.** Резюме случая «стойка» (ревматоидный артрит)

когда она переходила пределы и утрачивала равновесие (см. рис. 5.2).

Всего было проведено 79 сессий по 50 минут в течение двух лет.

Некоторые особенности этой пациентки перекликаются с встречающимися в литературе описаниями пациентов с ревматоидным артритом. Ее личность обладает чертами ригидности, уступчивости, гиперактивности и самопожертвования.

По словам пациентки, триггерным фактором стресса было одиночество, которое усугубил отъезд ее младшей дочери. Тем не менее, как можно быть заметить, фрустрация и тревога возникали и до того, как дочь покинула дом, и задолго до этого события возникали дисфункциональные признаки.

Артрит как символ здесь связан с ее родительскими комплексами. Ее уступчивость и подчиненное поведение были механизмами, которые защищали ее от возможного отвержения, а ложный альтруизм защищал от тревоги о том, что ее не любят.

Болезнь не давала двигаться, а также положила конец ее защитной, обсессивной и услужливой гиперактивности. С одной стороны, подавление желаний порождало

чувство превосходства, а с другой стороны, оно вызывало сильную печаль и обиду, которые накапливались в суставах.

С помощью этого ограничения подвижности организм протестовал против того, чтобы свернуть с пути нормального развития. Сгустки печали собирались по всему телу, сообщая о необходимости в трансформации. Парадоксальным образом эта болезнь спасала ее от худшего зла – продолжения жизни без желаний, без связи со своей Самостью. Можно заметить, что воспаленные суставы указали нам на «воспаленную психику», молчаливый протест против постоянного насилия над ее сущностью.

Скованность движений с новой точки зрения стала скованностью в ее психике, а с другой стороны это был символ, с помощью которого пациентка смогла восстановить контроль над своим процессом и позволить «сокам снова свободно течь».

## **Депрессивная: когда клетки бастуют. Рак**

Сесилия, учительница 32 лет, обратилась за помощью после хирургического удаления меланомы<sup>1</sup>. Она очень боится смерти.

### **История**

Сесилия не замужем и живет с матерью. Примерно два месяца назад родимое пятно на внутренней поверхности ее правой ноги стало утолщаться, чесаться и кровоточить. Она обратилась к врачу, и тот диагностировал меланому, которую впоследствии удалили. Сесилия говорит, что была очень подавлена в течение нескольких месяцев до того, как был обнаружен рак, потому что примерно семь месяцев назад у нее разорвались отношения с бывшим женихом. Уже делались приготовления к свадьбе, когда он решил вернуться

---

1 Меланома – кожная опухоль, содержащая темный пигмент и обладающая высокой степенью злокачественности, она начинается с меланоцитов нормальной кожи или родинок и метастазирует очень быстро и обширно. – *Прим. авт.*

к бывшей жене. Сесилия не могла смириться с этим, впадала в отчаяние, преследовала его дома и на работе. В этот период бывали дни, когда у нее совсем не было сил идти на работу, и она оставалась дома и плакала. После операции она немного успокоилась и примирилась с произошедшим. Она объясняет болезнь своим эмоциональным страданием и смертью желаний. Болезнь спровоцировала ее, она решила действовать, хотя все еще чувствовала глубокую депрессию и иногда думала о самоубийстве. Она говорит, что «если я буду дальше так же двигаться, я действительно умру» и «болезнь победит, и нечему будет встать на ее пути». Она надеется, что анализ как-то поможет ей («чувствовать себя лучше или умереть быстрее и без боли»).

### **Первые клинические наблюдения**

Сесилия выглядит старше своих лет. Ее лицо покрыто морщинами, седеющие волосы и печальное выражение оставляют впечатление истертости и горечи. Она много плачет, когда говорит о боли разрыва, и успокаивается только фантазией о том, что «однажды он пожалеет и вернется ко мне». Когда становится ясно, что это, скорее всего, невозможно, то снова чувствует себя подавленной и плачет.

### **Ход анализа**

На первых сессиях анализ заключался в том, чтобы принять страдание пациентки. Ее долгий отчаянный плач не допускал никаких аналитических интервенций. Я предположила, что будет нелишней психиатрическая консультация насчет депрессантов, но пациентка отказалась. Она сказала, что может «держаться», а с другой стороны, боялась, что если в ее распоряжении окажутся медикаменты, то она не сможет удержаться от самоубийства.

Первый сон в анализе (пятая сессия) представляет позитивное видение процесса и частично успокаивает аналитика, который боялся, что пациентка совершит суицид:

*Я на море с другими людьми. Я должна переплыть на другую сторону, к пляжу, который напротив моего. Волны очень*

высокие, а в море плавают какие-то белые животные, напоминающие жгучие водоросли. У меня уже есть ожог на правой руке. Там, где встречаются воды с двух сторон, они очень сильно сталкиваются. Но я должна плыть на другую сторону и стараюсь это сделать. Я знаю, что если смогу преодолеть этот участок, то потом легче будет достичь того пляжа. И я делаю это. Из воды вместе со мной выходит обнаженная девушка. Очень много комаров. Мы доходим до дороги, и я прошу помощи. Останавливается машина, девушке дают полотенце, и мы на этой машине уезжаем.

**АССОЦИАЦИИ:** Море связано с чувством преодоления. Она должна что-то преодолеть: белые опасные животные пугают ее, и она припоминает, что в детстве пострадала от ожога медузой, когда босиком шла по пляжу. Это был период, когда отец ушел из дома и жил с другой женщиной. Ожог также напоминает ей меланому.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Это начальный сон, и его можно истолковать как позитивный прогноз для аналитического процесса. Преодоление трудно, однако сновидица способна на это. Несмотря на укусы и ожоги от примитивных животных, она может справиться. Значит, на пути будут болезненные ситуации, но результат положителен, если думать о девушке, появившейся из моря, отделенной от ее персоны, раз они идут вместе. Воспоминания об отце болезненны и связаны с брошенностью. Возможно, есть сильный отцовский комплекс, связанный с тенью – оставленной маленькой девочкой.

У Сесилии всегда были родимые пятна по всему телу. Это напоминает ей об отце, у которого тоже были такие пятна. После того, как удалили меланому, она думала, что оборвала связь с отцом, и чувствовала одновременно облегчение и большой страх потерять отца.

Ее родители развелись, когда ей было 11 лет. Это было тяжелое событие, потому что мать не смирилась с разводом и устраивала «скандальные сцены», чтобы вернуть отца. Мать так и не оправилась, впала в депрессию, вела себя как покинутый ребенок и то и дело создавала

проблемы своей дочери и ее младшему брату. Брат давно живет за границей и долгие годы не поддерживал связи с семьей. С малых лет он стремился быть вне дома и проводил много времени у друзей. Пациентка чувствовала себя ответственной за мать и виноватой за то, что оставила ее одну.

Год, который она провела со своим женихом, она считает самым счастливым периодом жизни. Он принял ее мать, и ей даже показалось, что они могли бы жить втроем. У нее была череда фантазий о том, как бы они могли жить, и не могла понять, почему он ее бросил, ведь они почти не ссорились. Она объясняла расставание давлением бывшей жены. Однако позже она поняла, что на самом деле он был к ней совершенно равнодушен. Для него «это было просто развлечение и сексуальное влечение». Именно в это время она впала в депрессию.

Пациентка перечисляет множество снов со сходным мотивом: происшествие, болезнь и смерть.

*Я дома, мать в другой комнате. Я очень боюсь грабителей. Я умерла, и мое тело они нашли только два дня спустя. Сперва я думала, что это самоубийство, но оказалось, что у меня сломана рука и нога. Однако я все же думаю, что это было самоубийство, потому что я мертва уже два дня, и кости легко ломаются.*

*Они копают могилу на кладбище. Уносят всю землю. Я вижу гроб, он напоминает клетку. В нем тело девушки. В могиле два старых трупа. Говорят, они очень воняют. Дальше я вижу все со стороны. Моя кухня дотрагивается до одного из гробов, и я вижу лицо. Это скелет одного из трупов.*

*Ужасающая авария. Два поезда столкнулись, сдавая назад.*

(25-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** Пациента очень взволнована этими снами, у нее они связываются с чувствами одиночества и утраты. Кладбище – это место, куда она любит ходить. «Мне бы хотелось, чтобы можно было залезть в могилу и уснуть».



После разговора об этих ассоциациях пациентка успокоилась. Иногда у нее такой отсутствующий вид, что она кажется недоступной. Сама она говорит, что чувствует себя так, словно находится в могиле, и хотя там холодно и скверно пахнет, это то место, где она хочет быть.

*ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:* Пациентка еще не в состоянии усвоить какой-либо глубокий анализ, однако понятно, что эти сны показывают травму, которую она пережила, когда разрушились ее любовные отношения. С другой стороны, в анализе Сесилия стала возвращаться к ситуациям прошлого, когда она, возможно, уже чувствовала подобное страдание, из-за которого она становилась обессиленной и подавленной. Поезда, столкнувшиеся при движении назад, возможно, отражают конфликтную регрессию: катастрофическое столкновение похоже на схлестнувшиеся моря из предыдущего сна, только на более сознательном уровне. Возможно, в этом разрыве она заново проживает оставленность отцом, и эта гипотеза получила подтверждение.

Я прошу Сесилию попробовать вспомнить, когда раньше она могла чувствовать себя так, словно находится в холодном и скверно пахнущем месте. Она вспоминает, как сидела на ступеньках на заднем дворе дома и смотрела, как ее отец складывает свои чемоданы в машину. Она ничего не могла сказать. Хотела остановить его, но не могла двинуться. Мать устроила «сцену» и хотела, чтобы дочь сделала то же самое. Она чувствует холод и не может двигаться. Все, что она хочет, – это чтобы мать замолчала. Хотела бы отправиться туда, где тихо, и никто не кричит. Она не может говорить. Чувствует боль в том месте, где шрам от операции.

Мы начинаем разбираться с трупами. Один из них принадлежит ее отцу. Она должна была быть «твердой». Не должна впадать в отчаяние, как ее мать. Должна постоянно скрывать свое страдание, притворяясь, что все хорошо, чтобы «ободрять» мать. Всегда была образцовой ученицей и дочерью, всегда безответно принимала

чужую агрессию, не касалась темы «отца» и избегала участия в сложных ситуациях, чтобы не «нервировать» мать. Сесилия редко встречалась с отцом и на этих встречах боялась, что он так и не вернется, и старалась говорить только «о хороших вещах, чтобы его не раздражать».

Здесь видно, что у этой пациентки черты характера сходны с описанным в литературе типом С. Ее защиты – одиночество, самопожертвование и смирение. Эти линии задают структуру ее личности.

Мы тщательно работали над этими аспектами, и гнев постепенно стал проявляться. Используя активное воображение, она вернулась к моменту, когда отец уезжал от них, и смогла выразить все свои эмоции, все возмущение. В эти моменты она жаловалась на боль в области операционного шрама, хотя для этого уже не было медицинских причин.

Также стало яснее сходство между ситуациями, пережитыми с отцом и с женихом, которому она всегда демонстрировала желание разрешить вопрос, который в детстве не могла разрешить с отцом.

С одной стороны, она была дочерью своего отца, интеллектуальной, хорошей студенткой, дисциплинированной, воздерживающейся от эротической стороны жизни, чтобы посвятить себя профессии. С другой стороны, она была охвачена негативной идентификацией с матерью. Подобно матери, она была «охвачена ужасом», была «слабой и зависимой женщиной». В случае со своим женихом Сесилия заметила, что говорила, как ее мать.

Негативный материнский комплекс проявился в трудности дружбы с женщинами, в представлении, что все женщины подчиняются мужчинам, и в собственном отчуждении от своего тела. Забота о теле была для нее скорее обязанностью, чем удовольствием. Она поддерживала его «чистоту, гигиену и здоровье», считая это своим долгом.

## Сновидения

Я вижу три черных полицейских собаки. Их за ошейник держит женщина. Они вырываются и нападают на меня.

Я смотрю через окно на балерин, которые идут по своим траекториям. Они повторяют движения до тех пор, пока не доведут их до совершенства.

(40-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Страх собак, прежде всего, полицейских. Я неизменно чувствую, что они собираются напасть на меня, безо всякой причины. Они злые. Что-то может вырваться из-под контроля. Я не могу доверять женщинам. Балерины совершенны и легки. Они убивают себя, так и не достигнув совершенства».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Началось высвобождение гнева (его она видит в собаках). Она боится потерять контроль и причинить кому-то боль (себе?). Стремление к совершенству исходит из отцовского комплекса. Она всегда старалась быть «совершенной», как он, совершенный человек. Балерина – это та, что превосходит совершенство, выполняет свои обязанности, даже если для этого должна подавить свое тело и разрушить его для достижения «превосходного движения».

**В другом сновидении:**

Очень важный человек куда-то идет, но не хочет, чтобы его видели. Потом возникает вереница черных машин. Трое одинаково одетых мужчин садятся в три параллельные машины. Один из них – начальник. Это был единственный способ вытеснить остальных с дороги. Много черных машин едут друг за другом, чтобы защитить его, однако враги просачиваются внутрь незамеченными, оказываются среди машин. Все направляются в туннель, но три машины заблокированы. Я говорю кому-то, что бессмысленно продолжать, потому что машины заблокированы.

(45-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Черные машины – это машины мафии. Они пытаются защитить своего босса. Я не знаю, кто враг, – полиция или другая сторона, конкурирующая банда. Чувство, что нет выхода. Опасность. У моего отца черная машина. Это напоминает сцену свадьбы дочери босса мафии из фильма «Крестный отец». Видно, что женщины подчиняются власти мужчин и не могут никуда деться».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Отцовский комплекс в своей негативной полярности проявляет себя здесь как подавитель и контроллер. Удерживая власть, он не собирается так просто уступать дочери. С другой стороны, в сновидении его власть под угрозой. Конфликт блокирует канал для энергии (туннель), но он близок к сознанию. Как забрать эту власть – это уже следующая задача.

Другое сновидение:

Я индианка. Они убили моего друга. Я собираюсь выпить воды и обнаруживаю его мертвым у бочки. Я в шоке. Позади меня огромный индеец. Я говорю, что похороню его. Брожу по земле. Со мной кто-то есть. Говорю, что похороню его сама. Мне не нужна помощь людей там внизу. За мной идет несколько домашних животных. Утка и милый маленький ослик. Я знаю, что огромный индеец принесет моего друга, чтобы я могла похоронить его.

(47-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Индеец, сильный простой человек. Я думаю, он был застрелен полицией. Это как в вестернах. Военные убивают индейцев».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Если рассматривать индейца как фигуру анимуса, его смерть от патриархальных властей снова символизирует заточение пациентки в отцовском комплексе. Позитивный аспект этого сна – присутствие других примитивных сил (индеец и животные), которые помогают ей в пути.

Пациентка чувствует себя застрявшей и лишенной энергии. Сжавшись, как от боли, она не может ничего творить или работать.

Сновидения:

Мой дом горит. Я наблюдаю с некоторого расстояния. Сажу в машине с матерью. Кругом очень темно: мы скоростной автомагистральной. Надо остановить машину, потому что ничего не видно.

Аккумулятор сел, и надо его подзарядить от электросети.

(49-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Это в точности то, что я чувствую, без сил, без воли. Я не знаю, как подключить машину к электросети».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Пациентка подавлена и испытывает неуправляемые эмоции (огонь), разрушающие ее жизнь. В отсутствие собственной энергии, она пытается присоединиться к социальному источнику (электросеть), который, правда, зависит от связи и не позволяет ей продвинуться слишком далеко. Она приходит к заключению, что на этот раз наилучшее решение будет в том, чтобы подсоединиться к тому, что предлагает общество.

**Сновидение:**

Я выхожу из дома, чтобы отвезти куда-то свою бабушку. Сажусь в машину с матерью и двумя девушками. Сажусь на заднем сидении, а бабушка на месте водителя. Я говорю ей, что так невозможно ехать. Я показываю матери, что не могу дотянуться до руля и педалей. Тогда бабушка с трудом перелезает назад, а я вперед. Нам приходится подниматься в гору, и по дороге бабушка начинает плакать. Она не хочет наверх, у нее слабоумие. Мы пытаемся ее уговорить. Она падает.

(55-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Моя бабушка строго придерживается традиций. Она всегда подчинялась своему мужу и всегда была идеальной хозяйкой. Она отстраненная и не очень эмоциональная. Я вспоминаю японскую легенду о том, что стариков относят умирать на вершину горы. Бабушка уже очень старая. Я думаю, она долго не проживет».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Бабушка репрезентирует древнюю, устаревшую материнскую установку. Пациентка берет управление машиной в свои руки, восстанавливает контроль над своим процессом и расстается с тем, что устарело. Здесь можно увидеть связь со сном про мафию. Ее бабушка итальянка и раньше рассказывала истории о мафии. С этой точки зрения, похоже, что пациентка начинает входить в контакт с родительскими комплексами, забирая себе власть править собственной «машиной», то есть жизнью.

**Сновидение:**

Я дерусь с мужчиной. Похоже, что он сделан из воска. В его животе дырка, и я вижу его кишечник и сердце. Я беру чашу и пью его кровь. Он говорит мне, что если я выпью его крови, то узнаю его имя, и что если я всем расскажу, он потеряет свою силу.

(57-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Это напоминает о сказке, в которой принцесса должна была узнать имя гнома, чтобы он не забрал ее ребенка. Я никогда не видела ничего похожего на этот сон. Похоже, что это что-то очень глубокое и странное».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Недостаток ассоциаций и чувство странности дают нам гипотезу о том, что сновидение относится к очень глубоким бессознательным содержаниям. Когда пациентка входит в контакт с «кровью», то есть с ядром комплекса, его значение выходит на поверхность, и возможно, оно связано с отцовской фигурой.

Эта интерпретация получила подтверждение в последовавшем анализе различных ситуаций, пережитых с отцом. Пациентка постепенно осознает глубокие отношения, которые у них были, и до какой степени она формировала себя по его образу и подобию.

В этот период пациентка иногда жалуется на боль в оперированной области и переживает фантазии о том, что ее задавит машина, или что она ляжет в больницу и умрет.

Во время работы с активным воображением я попросила ее сосредоточиться на месте операции и попробовать увидеть, что происходит. Скоро пациентке представилась картина, в которой ее ногу кусает множество насекомых, и это вызывает сильный зуд. Пациентка ассоциирует москитов с ожогами и с уходом отца. У каждого насекомого есть имя. Очень важно узнать каждое имя.

В последующих сеансах активного воображения пациентка снова концентрируется на месте операции и потом рассказывает следующее:

Я одна иду по пляжу. Мне очень грустно. Не с кем поговорить. Мой отец ушел. Я хотела, чтобы он взял меня с собой поиграть в океане, как он всегда делал раньше. Но он не пришел. Шла-шла и не заметила, как наступила на медузу. Она ужалила меня. Мне был нужен мой отец. Я хотела, чтобы он пришел и спас меня. Вернулась домой, но мать не знала, где он. Мне показалось, что эта боль может вернуть его. Но это не помогло, и я сильно расплакалась. Я думала, что моя операция [по поводу меланомы] вернет его, но это тоже не помогло. Родимое пятно выглядит как ожог, правда? Когда оно начало зудеть и жечь, я вспомнила, что думала об отце. Еще я думала, что если бы мой бывший жених узнал, что у меня рак, он бы пожалел меня и вернулся.

Всплывают воспоминания о фантазиях, появившихся, когда был диагностирован рак, и теперь мы более ясно понимаем взаимосвязь между ожогом, отцовским отвержением и меланомой. Как если бы пациентка по-детски фантазировала, что отец вернется, чтобы вылечить ее. Будучи взрослой, пережив отвержение женихом (отцом), она увидела, как тот же самый символ (меланома/ожог) возникает, чтобы выразить страдание и попытку вернуть отцовскую любовь.

Также становится более осознанной тень, скрывавшаяся за образом обездоленной и отвергнутой маленькой девочки, и мы видели это в серии сновидений с материнской фигурой и детьми. В большинстве из них есть какие-то сложности, связанные с родами, или ребенок погибает.

**Сновидения:**

Моя мать родила и умерла. Ребенок здоров. Мать знала, что умрет, и поэтому все приготовила.

Моя кузина собирается сделать аборт.

Подруга беременна, она говорит мне, что ужасно себя чувствует.

Мужчина с ножом нападает на женщину. Она бежит по дому, пытаясь открывать двери, но ей трудно открыть замки. Наконец она выбегает на улицу. Когда я смотрю с улицы в окно, то вижу свою мать в окне бабушкиного дома. Она закрывает лицо руками. Ее лицо выражает сильное страдание.

(65, 66 и 67-я сессии)

**АССОЦИАЦИИ:** «Моя кухня сделала несколько аборт. Я бы хотела забеременеть. Я даже пыталась, чтобы удержать жениха, но он это понял и принял меры. У меня с детьми не хватает терпения, и я не верю, что у меня когда-нибудь будут дети. Когда подруга забеременела, я почувствовала раздражение. Я ни капельки ей не сочувствую. Мой отец причинил много боли моей матери».

Другие сновидения с подобным содержанием:

*Моя дочь умерла, я осталась одна.*

*Я меняю дочери подгузник в первый раз. Думаю о том, чтобы оставить окно открытым, чтобы она простудилась и умерла. Представляю себе, как она погружается в воду и тонет.*

*Моя дочь выросла. Она попадает под машину и умирает.*

**АССОЦИАЦИИ:** «Моя мать использовала меня для собственных нужд. Она эгоистична и думает только о себе. Она не беспокоится о том, в чем нуждаюсь я. С тех пор, как ушел отец, я стала ее компаньонкой. Все относилось только ко мне. Простите, к ней, просто это раздражало меня. Я не могла ни уйти из дома, ни завести друзей. Я больше не могла этого терпеть».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Активизация материнского комплекса выносит на поверхность негативный материал, ненависть по отношению к ребенку и к матери. «Папина дочка» отрицает материнство, здесь оно ассоциируется с тенью. В этом сновидческом материале и ассоциациях можно заметить, что в тени пациентки остается беспризорная, отвергнутая и оставленная девочка.

Далее мы приведем ряд сновидений, фантазий и размышлений, в которых основное содержание заключается в ее деструктивности.

Сновидения:

*Я в больнице. Девочка сидит и плачет. Я подхожу, чтобы успокоить ее. Из ее раны кровь брызжет прямо мне в лицо. Чувствую вкус крови.*

*Я вижу И. (подругу). У нее редкое заболевание, возможно, прогрессирующая мышечная дистрофия.*



Я умерла. Кто-то дает советы моей матери. Наверное, это я сама сообщаю ей новости. Сначала я говорю ей, что я пострадала от несчастного случая, – чтобы она постепенно привыкла к мысли, что я умерла.

**АССОЦИАЦИИ:** «Чувствую себя слабой, больной. Лишенной энергии. И. – несчастный одинокий человек».

Далее следуют воспоминания о моментах, когда она была отвергнута и использована матерью. Пациентка чувствует, что жизненные силы оставили ее. Она постоянно фантазирует о возвращении болезни. Она продолжает чувствовать себя подавленной, ей не хватает энергии для какой бы то ни было деятельности. Смирившись со своей бедой, она постоянно мечтает о смерти. Она представляет себя умирающей самыми разными способами.

Единственная связь пациентки с любовью и единственное, что, по словам клиентки, удерживает ее от самоубийства, – это позитивная переносная реакция на психотерапевта.

В следующем сновидении заметны отсылки к этой стадии процесса:

Я с Д. (терапевтом) в цистерне, наполненной водой. Вода движется, создавая волны. Д. сравнивает эти движения со сновидением о море.

(85-я сессия)

Можно сказать, что этот сон связан с самым первым. С этой точки зрения, мы в середине процесса, в центре, где встречаются волны. Хороший знак: вместо моря здесь цистерна, более контролируемая, более сознательная ситуация, нечто, построенное человеком.

**Сновидение:**

С правой стороны на лбу у меня ненормальный, огромный нарост, похожий на гриб. Доктор думает, что его нужно удалить.

(87-я сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Может быть, у меня еще одна опухоль?».

На неделе, когда приснился этот сон, гинекологический осмотр обнаружил кисту в правой груди<sup>1</sup>. По словам врача, характеристики кисты и результаты некоторых анализов указывают на ее злокачественную природу.

Сперва пациентка впадает в панику, испытывает страх смерти, потом чувствует облегчение. Возникновение этой кисты вызвало у нее эмоциональную боль. Но были моменты, когда, к ее удивлению, она даже забывала об этой боли.

Мы выдвинули гипотезу, что ее психика уже знала о существовании опухоли до того, как она стала видимой. Однако, поскольку в сновидении фигурировал гриб, мы подумали тогда, что это могло быть менее пугающим – просто что-то свойственное грибам – рост, хрупкость. И, что самое важное, гриб рос из ее головы, что подкрепляет гипотезу об эмоциональной причине.

Вскоре после того ей приснилось следующее:

*Ребенка (нескольких дней от роду) вернули к жизни, когда врач обмазал его тело кремом.*

(89 сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Я не хочу операции или разрезов, мне нужны чувства. Ощущение того, как врач наносит крем, – ощущение облегчения и свежести. Как если бы у меня был ожог, а от крема мне стало лучше».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Это сновидение напоминает ей об отсутствии отца. Здесь врач – это фигура отца, который возвращает дитя к жизни, рисуя в сознании тень маленькой отвергнутой девочки.

Пациентка начала воспринимать свой перенос на онколога. Она хотела, чтобы врач уделял ей внимание, как дочери, и одновременно она чувствовала, что он хочет «порезать» ее, сразу же рекомендуя операцию и советуя ей, если опухоль действительно окажется раковой, на всякий

---

<sup>1</sup> Киста молочной железы – патологическая полость в молочной железе с оболочкой и жидким или полужидким содержимым. – *Прим. авт.*

случай удалить яичники. Она чувствовала, что врач напоминал ей отца, безэмоционального и отстраненного, быстро делающего то, что нужно, не проявляя чувств.

Позиция ее врача вызывала у пациентки отчаяние. Она была молода и мечтала о замужестве и детях. Эти операции (на груди и яичниках) точно лишили бы ее всего этого. Она советовалась с отцом по поводу этой ситуации, и он воспринял все так же, как врач.

**Сновидения:**

*Мужчина ведет машину, держась за руки с женщиной. Кто-то стреляет и убивает женщину. Пуля проходит через козырек окна.*

*У меня есть яйца различных животных, которые начинают трескаться. У меня два маленьких каймана и множество разных змей, которых я боюсь. Я толком не знаю, что с ними делать. Кладу кайманов в озеро рядом с моим домом, покрываю их сеткой, чтобы они на кого-нибудь не напали.*

*Мои руки и грудь полностью покрыты зелеными крабами. Я кричу от ужаса, зову на помощь, но никто не приходит.*

(93 сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Страх биопсии и операции. Я не могу поддерживать отношения. В конце меня всегда убивают. Мужчины всегда ранят меня. Дети сегодня – это кайманы. Они появились из яиц, а не из матки. Кайманы и змеи напоминают о примитивных животных, которые убивают хладнокровно. Они в озере рядом с домом. Это место, где я умру, так ничего и не родив. Я породила только змей и ящериц. Я не верю своему врачу».

**Интерпретации:** Мутиляция<sup>1</sup> рассматривается пациенткой как смерть материнства, возможности выйти замуж и иметь детей. В этот момент пациентка осознает, насколько жизненно важны эти желания, и как мутиляция тела связана с ее тенью.

---

1 Мутиляция (от лат. mutilare – обрезать, укорачивать, убавлять) – отторжение от организма отдельных частей тела или органов в результате воспаления или некроза, а также хирургического вмешательства. *Прим. перев.*

Нуждающаяся и отвергнутая маленькая девочка должна была умереть, потому что о ней никто не заботился. Теперь она осознает, что если она хочет жить, то должна немедленно изменить свою установку и позаботиться о своем «ребенке», не отдавая его другим на попечение.

Также Сесилия заново переживает оставленность отцом через фигуру врача. Врач представляется ей агрессивным и разрушающим, и, в то же время, она сама втискивает его в рамки этой роли. Детеныши – разрушающие рептилии, которые могут восстать против нее, той, что изначально их породила. Нет ни материнской идентификации, ни явной возможности кормить грудью, поскольку детеныши не млекопитающие. Все происходит на наиболее примитивном и архетипическом уровне. С другой стороны, тот факт, что яйца трескаются, – это возможность контакта с содержаниями, которые ранее были бессознательными.

Параллельно с этим, из-за негативных переносных отношений, установившихся с врачом, пациентку направили к гинекологу, которая оказалась более понимающей и предложила новую серию анализов.

В терапии возникновение материнских содержаний становится отчетливым. Пациентка чувствует, что ее тело настроено против нее. Она чувствует, что она умрет, потому что не нравится своему телу. Я прошу использовать активное воображение, чтобы попытаться поговорить с телом и спросить, почему оно хочет ее разрушить.

Возникает образ огромной женщины. Эта женщина ужасна и ненавидит ее. Пациентка пытается бежать. Куда бы она ни бежала, в земле разверзаются кратеры. Когда она пытается спрятаться за какими-то валунами, на нее обрушивается дождь и молнии. Она покидает терапию напуганной до глубины души и без какого-либо решения. Диалог был невозможен (107 сессия).

Потом пациентка нарисовала женщину-ведьму (илл. I, см. вклейку) и увидела свое бессилие перед этой ужасной женщиной, которая желала пациентке смерти просто

потому, что была злом. Спасти было невозможно. Пациентка могла умереть в любой момент. Материнский комплекс в его негативном аспекте активизировал материнский архетип, также в негативном аспекте, в виде ведьмы-матери. Деструктивная мать, живущая в теле дочери, хотела разрушения дочери. Три женщины, которые возникли в рисунках, были пациенткой, пытающейся говорить с гигантом и потом, когда эти усилия ни к чему не привели, сдавшейся и приготовившейся к смерти. Как она могла бороться с ведьмой-матерью, вторгшейся в тело собственной дочери? Как будто все клетки ее тела ополчились против нее. Как тут определить противника, если он часть тебя, если он твоя мать? Разрушить пациентку пытались определенные клетки; как она могла их определить?

На рисунке (илл. II, см. вклейку) пациентка нарисовала себя, лежащую ничком, поверженную, с огромной кровоточащей раной, которая могла стать смертельной. Вначале она представила, что это вскрытая грудь с темными пятнами внутри. Но потом увидела, что пятна напоминают птиц, собравшихся взлететь. Она выделила их черными чернилами и с этим новым символом воспряла духом. Даже не понимая его, она почувствовала его позитивный характер.

В этот период из-за острой душевной боли в ожидании биопсии, которую надо было пройти, пациентка приходила на сессии ежедневно пять дней подряд.

Рисунок (илл. III, см. вклейку) сделан на одной из последующих сессий, он возник из предложения представить кисту в ее правой груди. Рисунок представляет ту же разбитую и поверженную женщину, запертую среди молочных протоков. «Ничто не может истечь из моих грудей. Они закупорены. Молока нет, только кровь. У меня нет сил, чтобы подняться. Женщина разбита. Мне нужна помощь».

Но кто может помочь ей?

Сновидения на этой стадии отражают глубокое страдание:

За столом сидит семья. Входит мужчина с маленькой сеткой, в ней красное насекомое. Он говорит, что это насекомое одним своим присутствием может убивать все вокруг себя. Сначала у жертв пересыхает в горле, и потом они сгорают насмерть. Отец пытается убежать за помощью, однако мужчина бежит и ловит его. Сбежать удастся только девушке.

Я попала в аварию. Сломала правую руку, но я забинтована от талии и выше. Я прошу их позвонить моему бывшему жениху, но ни он не могут дозвониться.

У меня и членов моей семьи порезаны запястья, однако крови нет. Мой порез самый глубокий.

(109 сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** Чувство разбитости, раненности. Девушка – самая простая из всех, зато самая прямолинейная. Она говорит, что думает, и плачет по любому поводу.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Невозможно установить связь ни с женихом (опять), ни с родителями, старыми и слабыми. Девушка – самый выразительный и прямой теневой аспект, который надо рассматривать осторожно, потому что только она может спасти. Насекомое напоминает нам первый сон с насекомым и ожогом. Возможно, мы в середине процесса.

Рисунок (илл. IV, см. вклейку) – это ответ на вопрос «Кто может помочь?» Здесь появляется «пожирающее чудовище». «Оно может съесть опухоль. Только оно может сразиться с ведьмой. Только равный противник может ее победить». Разбитая женщина снова присутствует здесь, в правом нижнем углу рисунка, теперь она молится и просит о помощи. Пациентка говорит, что чудовище просто хочет навредить ведьме и таким образом окажет помощь. «Оно может съесть опухоль».

Я прошу пациентку заниматься воображением по нескольку раз в день, представлять себе монстра, уничтожающего ее кисту. Пациентка повторяет образ часто (5-6 раз в день) и говорит, что чувствует жар в области кисты.

Внутри груди на рисунке (илл. V, см. вклейку) мы видим овальную фигуру между протоками, в области кисты. Тело у него от монстра, а голова карикатурная. «Он мне нравится. Смешной. У него есть чувство юмора и контроль над чудовищем. Чудовище уже съело опухоль и почувствовало себя могущественным и неподконтрольным, оно атаковало меня, как и ведьма. Но здесь оно ничего не может сделать, потому что этот парень сверху смеется и задает правильный подход. Он говорит, что чудовище ему не указ. Оно превратилось в Ваньку-встаньку, который болтается из стороны в сторону и ничем не управляет».

Сесилия начала понимать, что ее эмоциональная реакция на утрату друга была несоразмерно более трагической, чем сама ситуация. Эта реакция была в большей степени отыгрыванием боли родительского отвержения, так что она могла проявить определенное чувство юмора и посмеяться, вспоминая некоторые «трагические» сцены с ее бывшим женихом. Она смогла взглянуть на себя как на человека, который осознал свою роль и причину, по которой ее компульсивно тянуло повторять определенные паттерны. Стало еще более ясным, что из-за влияния негативных комплексов (в большей степени материнского, нежели отцовского) бессознательный характер страдания не позволял выразить его на сознательном, вербальном уровне, и поэтому выражение происходило в более конкретном, телесном плане.

Киста молочной железы была кистой материнских отношений, которые «закупорили» ее отношения с феминным/материнским, и, в то же время, была выражением этой дисфункции.

Киста на ноге была кистой отношений с отцом, их корпоральной идентификацией с отвергающим отцом.

Сновидение:

*Девочка падает в воду. Она играла на льду, и он проломился. Я бегу ее спасать и ложусь на лед плашмя, чтобы он не сломался, и чтобы я могла протянуть ребенку руку. Я прошу кого-то держать меня за ноги, чтобы выстроить такую цепь.*

(110 сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Я была на льду. Теперь я чувствую, как будто проявляюсь, но это не так просто. Я боюсь нырнуть и не вынырнуть обратно на поверхность».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Мы видим здесь ребенка на льду, символ находящийся в тени чувств, которые могут быть убиты. Однако у нее есть желание спасти ребенка.

Когда надо бороться за свою жизнь, пациентка обретает активную установку и делает попытку выжить. Тут вспоминается «холод», который она чувствовала, когда отец уходил из дома.

Два дня спустя после этого образа и этого сновидения биопсия показала, что киста была доброкачественная. Врач объяснил расхождения в диагнозе ошибкой предыдущего доктора. Пациентка приписала это изменение проведенной аналитической работе. Остается открытым вопрос, привнесла ли интенсивная аналитическая работа в тот период изменения на клеточном уровне.

**Сновидение:**

Я в море. Волны очень сильны, но у меня получается плыть. Я должна бороться с волнами изо всех сил, чтобы не утонуть. Кто-то бросает в меня теннисным мячом, довольно сильно. Мяч ударяет меня в грудь, и у меня ломается ребро. Мы на удаленном пляже. Я нахожу телефон на дороге, но не знаю название пляжа, чтобы сообщить полиции. Наконец, кто-то говорит мне, как называется пляж. Я добираюсь домой. Моя рана болит. Моя мать печальна. Я спрашиваю ее, в чем дело. Она говорит, что мой отец очень болен, он в больнице. Я не беспокоилась, потому что помнила, что ясновидящий сказал мне, что это будет не такой уж серьезный приступ. Я подумала навестить его, чтобы пользуясь случаем позаботиться и о себе.

(120 сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Теннисный мяч – я училась играть в теннис с отцом. Он любит этот вид спорта. Я с детства страдала от фантазий такого рода, – что мой отец или еще моя мать болеют или умирают».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Это сновидение явно отсылает к первому сновидению, в котором вслед за большими



усилиями и серьезными ранами пациентке удастся удалиться на новый пляж. Размышляя о текущей ситуации, можно сказать, что пациентка прошла самую конфликтную стадию процесса. Ей еще предстоит что-то сделать с раной, нанесенной агрессивностью и отцовским отвержением (теннисный мяч). Место, где находится отец, (больница) самое подходящее для этой цели, не несущее никакого большого риска.

На следующей сессии отцовская фигура была проработана в глубину.

Сновидение:

*Я в машине, за рулем мужчина, какой-то мой друг. Мы пытаемся выехать из снега, но она буксует, а колеса заклинивает. Машина дергается взад-вперед. С большим трудом мы освобождаем машину и выезжаем из снега.*

(131 сессия)

**АССОЦИАЦИИ:** «Я не знакома с парнем в машине. Он кажется мне сильным и симпатичным».

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:** Здесь возникает фигура позитивно-го анимуса, который ведет машину. И именно за счет этих его качеств пациентка возвращается из «холода» и возникает возможность новой жизни. Вероятно, высвобождение негативного отцовского комплекса создало возможность соединения с анимусом и осознания отвергнутого ребенка, раньше таившегося в тени. Это напоминает нам о сновидениях, где ребенок падает в замерзшее озеро, и где индеец (анимус) убит полицейским (отцом).

Пациентка описала, как на этой стадии она впервые вовлеклась в интеллектуальную борьбу с коллегой и, к ее удивлению, выдвигала идеи, отличные от тех, которых придерживалась раньше.

Образ ребенка, которому нужна забота и поддержка, был интенсивно проработан. Пациентка осознала, что когда она заботилась о «ней», возникала боль в области шрама, а также фантазии о раке и смерти.

На заключительных сессиях этой терапии пациентка лучше могла устанавливать связь между бессознательным

конфликтом и формированием у нее органических симптомов. Насколько мне известно, два года спустя после нашего расставания пациентка чувствовала себя хорошо, работала, участвовала активно в социальной группе, и других симптомов у нее не возникало.

Всего было проведено 167 сессий за два с половиной года, в среднем дважды в неделю.

Мы можем рассмотреть этот случай, как и предыдущие, на различных уровнях.

На самом поверхностном уровне, обсуждая черты характера, эта пациентка относится к типу С: доброжелательный человек, услужливый, всегда готовый пожертвовать собой для других. Ей присущи сложности в выражении гнева и установка на смиренное поражение, которые в различных исследованиях часто встречаются у больных меланомой и другими типами рака.

С другой стороны, пациентка после разрыва с возлюбленным получила опыт, который можно охарактеризовать как хронический стресс, потому что, как мы видели, в этом событии она заново прожила отвержение отцом. На тот момент она не могла выразить свои чувства, и теперь они превратили ее страдание в бессознательное и хроническое.

На самом глубоком уровне мы подтвердили существование двух негативных комплексов, участвовавших в формировании ее органических симптомов, а именно негативные материнский и отцовский комплексы. Оба они выражали себя символически на телесном полюсе в виде симптомов, причем бессознательные механизмы препятствовали их интеграции в сознание. Следующие схемы помогут нам частично резюмировать большое количество образов, созданных пациенткой (рис. 5.3, 5.4 и 5.5).

### **Центральный символ процесса**

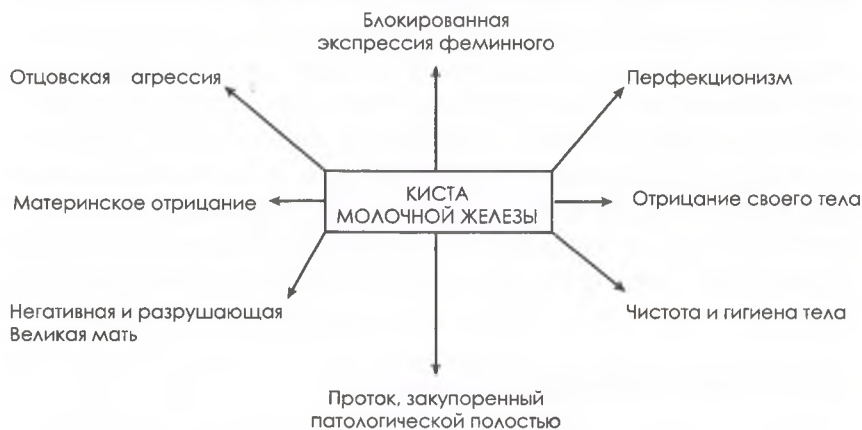
Если мы рассмотрим заболевание «меланома» как символ, то ясно увидим его значение в этой истории. Поглощенная болезненным гореванием, пациентка заново



**Рис. 5.3.** Резюме случая «депрессивной» (меланома)

проживала отвержение отцом через отвержение женихом, снова вскрылась рана, соответствующая ее идентификации с отцом. «Пятна» приобретают значение связи с ее отцом, и мы можем интерпретировать их злокачественность как злокачественность отцовского отношения.

Любопытно, что необходимость в операции показывает необходимость в истреблении этой идентификации.



**Рис. 5.4.** Резюме случая «депрессивной» (киста молочной железы)



**Рис. 5.5.** Общее резюме случая «депрессивной», объединяющее материнский комплекс, тень и отцовский комплекс

Поскольку это истребление не удастся сделать на абстрактном уровне, оно происходит буквально, через тело. Фантазии и сновидения пациентки в период операции подтверждают отношения с отцом, подобно постоянной боли в области шрама при болезненных воспоминаниях об отце.

Нам интересно рассмотреть здесь частичное совпадение термина «меланома» с отцовским комплексом (рис. 5.3 и 5.5), а также совпадение символа «киста молочной железы» с материнским комплексом (рис. 5.4 и 5.5). Различные

общие черты подтверждают, что оба символа – это выражения негативных родительских комплексов.

Тень (рис. 5.5) выражает себя в символе пораженной, больной и мертвой девочки, бессознательной для пациентки, которая в своей персоне всегда независима и готова помогать (никогда ни в чем не нуждается, у нее не бывает проблем). Здесь тень проявляет активность в телесной сфере в форме органического симптома, показывая насколько серьезным было поражение.

В отношении кисты молочной железы (рис. 5.4) можно увидеть, как негативный материнский комплекс активизировал архетип Великой матери в его негативном аспекте, угрожая телесному существованию. Поскольку он затронул сокровенные области, относящиеся к материнству, пациентка была вынуждена подтвердить желание, до того отрицавшееся: желание быть матерью. Раньше она преуменьшала и высмеивала это желание, частично из-за идентификации с отцом, а теперь была вынуждена бороться за его воплощение, если хотела прожить этот архетип в качестве матери.

Битва с негативной Великой Матерью разыгралась на разных уровнях, но ключевой момент наступил при поддержке архетипа Отца. Возникновение маскулинного архетипического символа, фигуры «пожирающего чудовища», означает битву между родительскими архетипами, необходимую, если пациентка не собиралась оставаться полностью в рабстве у ужасной матери.

Процесс, похоже, оказался под контролем сознания, когда пациентка осознает, что она может также контролировать бессознательное «чудовище». Вслед за тем возникают фигуры позитивного анимуса и логоса.

В этот момент пациентка восстанавливает управление процессом, хотя и без понимания относительности этой власти. Позднее она понимает, что стабильность ее психологического баланса будет зависеть от постоянно возобновляемой связи между эго и Самостью через возникающие образы. Она также осознает, что

это наилучшая и вероятно единственная профилактика против бессознательных вторжений на различных уровнях.

Подавленный гнев превращается в мятеж, который замечен, но не понят. Где бы он ни возникал, он активно действует и вызывает разрушительное поведение, не поддающееся контролю. Поскольку нет никакой отдушины для его экстернализации, подавленный гнев найдет другую форму, синхронизируясь с бессознательным органическим и психическим уровнем.

Глубочайшие структуры на инфракрасном полюсе инстинктивного спектра – там мы найдем подавленный гнев, обращающийся против того, что заперло его в теле. Друг и враг перепутаны. Снова мы замечаем эволюционную цель заболевания, заставляющего индивида контактировать с неизвестным и расширять свое сознание.

# 6

## СИМВОЛИЧЕСКОЕ ТЕЛО. ВИНЬЕТКИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

*Тело многое может знать задолго до того, как мы поймем это умом. Я спрашивала себя, что же такое знает мое тело, чего не знаю я.*

(Kidd, 2002; 69)

Аналитическая модель была основой лечения в самых разнообразных случаях. Здесь в качестве примеров мы представим ключевые моменты анализа шести пациентов с различными симптомами. Как упомянуто выше, одна из главных наших целей – разработка техник, которые позволили бы проводить краткосрочную терапию, фокусированную на заболевании, и использовать ее с пациентами, которые лежат в больнице, хотя бы побыстрее вылечиться и не настроены на более глубокий анализ. Тем не менее, исцеление подразумевает осознание определенных конфликтов и бессознательных механизмов, так что краткосрочная терапия не всегда возможна. Длительность лечения во многом зависит от состояния эго пациента, столкнувшегося с силой комплексов и защитными механизмами, окружающими симптом.

## **Подавленная личность: когда кожа извергается (акне розацеа)<sup>1</sup>**

Даниэлю 36 лет, он занимается общественными связями. У него с детства случаются аллергические симптомы и другие дерматологические проблемы. Примерно в 22 года ему поставили диагноз акне розацеа, это хроническое кожное расстройство затронуло почти все его лицо и выражается в красноте и воспалении.

Его работа серьезно затронута, так как внешность важна для общения с клиентами, а ему приходилось стесняться присутствия на публике. Он применял различные способы лечения, но они давали лишь временное облегчение. Даниэль заметил, что симптомы усугублялись после семейных конфликтов. Обычно тихий интроверт, Даниэль не реагировал на братьев, который задирали его, и всегда старался сдерживать конфликты между ними. Он то и дело вмешивался, чтобы предотвратить их слишком сильные проявления агрессии. В семье он считался посредником, и его постоянно звали, когда надо было уладить конфликт. По словам Даниэля, его брак сложился удачно; его жена довольно требовательна, но он умеет избегать ссор, и у них сложился «гармоничный союз».

Это был один из случаев, когда через несколько сессий мы стали использовать техники песочной терапии<sup>2</sup>. Здесь

---

1 Акне розацеа – это угри, возникающие на коже носа, лба и щек и характеризующиеся конгестией (гиперемией, наполненностью кровью), образованием фурункулов, теленгиэктазиями (расширением мелких сосудов кожи) и заметным разбуханием тканей, особенно в области носа. Также носит название розацеа или розовые угри. – *Прим. авт.*

2 Песочная терапия, или сэндплей-терапия (sandplay therapy) – невербальный юнгианский метод, разработанный Дорой Калф в 1930-е годы. Используется песок и вода в поддоне, где можно размещать фигурки или игрушки. Фридман и Митчелл исследуют связь между сэндплей-терапией и влиянием травмы на мозг (лекция, прочитанная в Pontificia Universidade Catolica в Сан-Пауло 29 сентября 2003, H. Friedman, R.R. Mitchell). – *Прим. авт.*



приведены две композиции, которые отражают ход терапии Даниэля.

В первой композиции Даниэль погружает свои руки в песок и оставляет глубокие отпечатки (илл. VI, см. вклейку). У него возникает ощущение, что это защищающая матка, и он чувствует себя как в убежище. Отпечатки рук также отражают его осознание самого себя и овладение территорией. Он был средним ребенком в семье среди множества сиблингов, и у него никогда не было своего места, он всегда уступал его более сильным и агрессивным братьям. Этот отпечаток рук тронул Даниэля, и он почувствовал, как мало они участвовали в выражении его эмоций.

Во второй композиции Даниэль изображает вулкан, который обильно извергается (илл. VII, см. вклейку), и потом много плачет. Вокруг вулкана проходит гоночная трасса. Машины ездят вокруг вулкана, не обращая внимания на опасность. Символ вулкана становится центральным в анализе, его можно рассматривать как метафору акне.

Через этот образ мы можем почувствовать, насколько Даниэль подавлял свои эмоции посредством услужливости. Ему было очень трудно выражать свои чувства и подавленный гнев, потому что так его воспитывали. Будучи страстным приверженцем Римско-католической церкви, он считал, что всегда должен подражать Христу и в любой непонятной ситуации «подставлять другую щеку».

Машины, находящиеся вблизи грозящей им опасности, представляют его идеализированную персону, которая невзирая ни на что старается выглядеть невозмутимой и контролировать происходящее. Чтобы поддерживать эффективность в работе, Даниэль всегда улыбается и хочет казаться флегматичным человеком, и это обычно оправдывает себя. Однако Даниэль теперь осознал, что акне розацеа – это извергающийся вулкан, и гной, выделяющийся на поверхности лица, – это эмоции, которые он долгие годы подавлял.



**Рис. 6.1.** Резюме случая «подавленной личности» (акне розацеа)

Если представить акне розацеа в качестве символа, то мы получим структуру, отображенную на рис. 6. 1.

### Центральный символ процесса

После того, как вулкан был понят как образ высвобождающейся силы чувств, подавляемых ранее, Даниэль начал выражать свой гнев и больше не брал на себя роль посредника в семейных конфликтах. Даже наоборот, он стал предъявлять свою точку зрения и выражать чувства, и это вывело отношения в семье из сложившегося равновесия, что было отнесено на счет его известного здравомыслия. По мере того, как он начал высвобождать свою агрессию, порой действительно с силой «вулканического извержения», его кожа стала постепенно приходить в нормальное состояние, и врач завершил лечение. Подавленный вулкан выражал себя через извержения на лице, не находя лучшего средства эмоциональной экспрессии Самости.

Сознательная трансдукция физического симптома в экспрессию гнева, сначала в песке, а затем вербально, дала возможность быстрого установления контакта с чувствами и длительного облегчения в симптомах.

## **Запертая личность: когда ничто не выводится (фекалома<sup>1</sup>)**

Элис 54 года, она тучная и выглядит по-детски. Она пришла по направлению врача, который лечил ее пневмонию, после того, как обследование у нескольких специалистов выявило разнообразные симптомы. Элис посещала как минимум двух врачей в неделю, и каждый раз с разными недомоганиями. Ее последний врач обратил внимание на сниженный аффект как возможную причину, из-за которой она искала внимания, и рекомендовал обратиться к психотерапевту. Элис не жаловалась на эмоциональные проблемы и утверждала, что страдает лишь от хронического запора и одышки. Она пришла в терапию только потому, что на этом настаивал врач, в котором она видела отцовскую фигуру. Всех остальных докторов она оценила как некомпетентных, потому что «они так ничего и не нашли».

У Элис раньше случались фекаломы, и иногда она вызывала скорую, чтобы их удалить. Причиной фекаломы был длительный запор, который вызывал острую необходимость освободить кишечник и боли в прямой кишке, анусе и нижней части живота.

В ее речи и жестах сквозила сильная подавленность. Она боялась выпустить эмоции и теряла связь с чувствами. Из-за этого она никогда не давала отпор и позволяла другим людям обижать ее, чтобы не терять их.

На протяжении многих сессий Элис описывала свои трудности, связанные с походами в туалет, и конфликты со своей горничной. Она жила одна и, помимо домашнего персонала, врачи были единственными людьми, с которыми она общалась. Горничная играла в ее жизни центральную роль. Она не только готовила еду, но также делала уколы и ставила клизмы. Это была единственная форма

---

1 Фекалома – скопление невыделенных фекалий, образующееся в прямой кишке или в дистальных отделах толстой кишки, которое может выглядеть снаружи как абдоминальная опухоль. – *Прим. авт.*

физического контакта в одиноком мире Элис. Ее жадное объедание привело к тучности, которая только подкрепляла ее отказ от двигательной нагрузки. Она всегда ждала, чтобы ее обслуживали, и нанимала различных домашних слуг, готовых быть у нее на посылках.

В этом контексте мы можем рассматривать ее хронический запор как физическую и эмоциональную обездвиженность, желание удерживать все, что можно получить (чувство, что «всегда мало»). С другой стороны, ее потребность в заботе из-за проблем со здоровьем требовала, чтобы другие люди двигали ее пассивное тело и удовлетворяли ее бессознательное желание физического контакта. Элис была большим младенцем, столь же хрупким, сколь и толстым, ненасытным и постоянно требующим внимания.

Она не запоминала своих сновидений и отказывалась выполнять какие-либо экспрессивные терапевтические упражнения, демонстрируя упорное сопротивление контакту со своими эмоциональными трудностями. Она во всем обвиняла свое тело и отвергала аналитические интерпретации. Ее пассивное поведение было, в то же время, очень агрессивным, и был велик риск того, что она прервет лечение. Несмотря на это, Элис с энтузиазмом восприняла предложение посмотреть на картинки, и мы провели несколько сессий, разглядывая альбомы с фотографиями, вспоминая совершенно забытое прошлое.

Впервые в жизни Элис заговорила о своих родителях и, вспоминая материнское отвержение, обмочила кресло, утратив контроль над телом. Тогда она вспомнила, что мать поручала заботу о ней разным няням, и не смогла припомнить ни одного момента, когда мать или отец приласкали бы ее. Она была очень успешным ученым, много путешествовала и читала лекции по всему миру. Чувствуя себя отвергнутой, Элис окружила себя слугами и не могла заводить друзей. Ситуация ухудшилась

со смертью родителей, Элис стала еще более изолированной от социальной жизни.

Наряду с всплывающими воспоминаниями и дискомфортом, вызванным щекотливой ситуацией, Элис почувствовала и движение в кишечнике. Однажды она сказала, что я, ее терапевт, была «отличным слабительным, лучше всех лекарств». Много раз случалось так, что во время или после нашей встречи ей приходилось выбегать в туалет, чтобы облегчить кишечник.

### Центральный символ процесса

Элис традиционно можно классифицировать как алекситимичного пациента и на этом основании решить, что ей не показано психотерапевтическое лечение. Однако, как мы видели, ее тело было символическим выражением ее бессознательных процессов: огромное авторитарное образование, прячущееся в тени раненного ребенка, отвергнутого и совершенно обездоленного (рис. 6.2).

Ее фекалому можно рассматривать как символическое выражение желания удержать все, что удастся заполучить



**Рис. 6.2.** Резюме случая «запертой личности» (фекалома)

(и этого всегда недостаточно), и одновременно паралич, который позволял получать телесный контакт и физический уход в качестве вторичной выгоды.

Однако осознание всех этих факторов и постепенное укрепление эго, а также улучшение работы кишечника вызвало ощущение угрозы у ее горничной, которая стала отказываться возить пациентку на лечение. Несмотря на несколько бесед, горничная была настроена бойкотировать анализ, и пациентка оставила лечение из страха потерять свою единственную компаньонку. От ее врача мне стало известно, что спустя примерно два года, излечившись от фекаломы, пациентка умерла от проблем с дыханием.

### **Мерзнущие руки: когда мы плаваем подо льдом (синдром Рейно)<sup>1</sup>**

Фионе 32 года, она жалуется, что ее пальцы на руках и ногах мерзнут даже летом. Зимой пальцы на ногах просто коченеют, хотя в том месте, где она живет, температура в это время обычно около 15 градусов выше нуля. Фиона также жалуется на ужасные боли в спине. Она чувствует себя подавленной и не чувствует себя в силах реализовать в профессиональной деятельности. Она вспоминает, что с самых юных лет ей всегда приходилось носить свитер и было трудно засыпать, потому что «постель была холодной». Ей поставили диагноз синдром

---

1 Синдром Рейно – это расстройство кровообращения в пальцах рук и ног, которое усиливается на холоде. Расстройство иногда называют «белыми пальцами», «восковыми пальцами» или «пальцами мертвеца». Причины его возникновения до сих пор не вполне понятны. Обычно тело сохраняет тепло за счет сокращения кровообращения до минимума, прежде всего в конечностях. Эта реакция обеспечивается сложной системой нервных окончаний и мышц, которые контролируют кровоток по самым малым сосудам кожи. У людей с синдромом Рейно эта система контроля становится повышено чувствительной к холоду и очень сильно сокращает кровоток в пальцах. – *Прим. авт.*

Рейно, и она прошла различные лечебные процедуры, которые давали временный результат.

Фиона не счастлива в браке, но не разводится, так как боится одиночества. Ее муж алкоголик, и у него есть любовницы, но Фиона чувствует себя слабой и неспособной принимать решения, чтобы изменить свою жизнь.

Внешне она, напротив, выглядит сильной, мускулистой и даже мужеподобной. Она не помнит, когда в последний раз надевала юбку или платье. У нее слабый контакт с матерью, которая ушла из семьи, когда пациентке было семь лет.

В ее случае имеется два основных символа: постоянная боль в спине и синдром Рейно.

Пациентка уже проходила различное психотерапевтическое лечение и была знакома с активным воображением, поэтому после нескольких предварительных сессий мы стали использовать эту технику, чтобы установить контакт непосредственно с симптомом.

### **Боль в спине**

Закрыв глаза, Фиона описывает возникающий образ:

*Я еду на очень высокой лошади. Не хочу на нее залезать, но отец заставляет меня. Мне очень страшно. Лошадь понесла, и я цепляюсь за ее шею. Я очень напугана.*

Пациентка совершенно забыла тот случай. Теперь, когда он вспомнился, она очень злится на отца и в то же время чувствует острую боль в спине и шее. Здесь мы наблюдаем активацию комплекса, который синхронно продуцирует образ и боль.

Отец всегда требовал, чтобы она была героем. Она была старшей из троих детей и всегда должна была быть первой во всех занятиях. Была образцовой студенткой и спортсменкой. Усердно трудилась, чтобы занимать первое место, и часто достигала успеха.

Можно сказать, что отцовский комплекс проявлял себя в сокращениях мышц спины, которые предохраняли ее от «смертельного падения».

## Синдром Рейно

Образ:

*Я плыву по замерзшему озеру подо льдом. Пытаюсь вынырнуть, но не могу найти просвета. Я замерзаю все сильнее.*

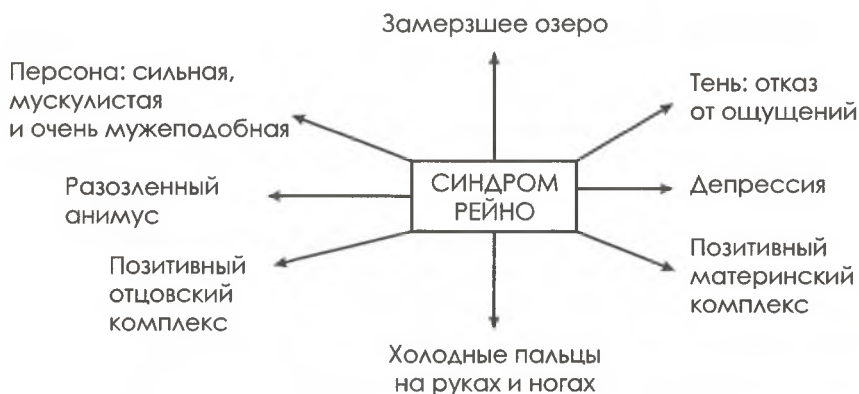
Во время этого упражнения пациентка становилась все более бледной. Ее пальцы стали синюшными. Я (ее аналитик) пыталась как-то разбить лед, но казалось, что ей ничто не поможет. Мы подумали, что пробить лед можно с помощью ледоруба, но у пациентки не было сил его удержать. Я тоже почувствовала холод. К тому же, ледоруб мог поранить саму пациентку, потому что невозможно было определить, где она находится под этим льдом. В ее воображении она страдала и чувствовала, что может умереть, так как не видела выхода из этой опасной ситуации.

С другой стороны, сверху на льду, я чувствовала себя бессильной и не знала, как можно помочь. И тут мне пришло в голову приблизиться к ее руке (не касаясь ее) и попытаться согреть ее. Ну конечно! Лед можно не разрушать ледорубом, а растопить теплом – любовью. Ледоруб был бы слишком агрессивным решением (более мускулиным и логичным). Я поняла, что тоже должна попытаться разрушить лед и быть ближе. Я помогла бы ей, только если бы смогла передать мое тепло, а не интерпретации, которые только усиливали бы ее ощущение оставленности и укрепляли бы ее позитивный отцовский комплекс (в данном случае позитивность означает, что она была очень привязана к отцу и старалась подражать ему во всем). Феминная материнская сторона была подавлена вместе с противоречивыми чувствами к покинувшей ее матери.

### Центральный символ процесса

В этом случае можно ясно выделить два органических симптома, связанных с отцовским и материнским





**Рис. 6.3.** Резюме случая «мерзнущих рук» (синдром Рейно).

комплексами (рис. 6.3). В тени, компенсируя эффективную, профессиональную и успешную спортсменку, оставалась девочка, почти совсем замерзшая из-за недостатка чувств и тепла. Боль в спине выражала авторитарный, требовательный отцовский комплекс, а синдром Рейно отражал холодность ее аффективных связей, которую пациентка не осознавала. Через трансдукцию этого симптома в образ льда пациентка смогла выразить горе из-за ухода матери, которое она отрицала. Последовав в упражнении за этим образом, пациентка увидела себя дающей любовь и тепло ребенку в своем воображении (тень), и ее симптомы смягчились и постепенно исчезли.

### **Принцесса-недотрога: когда сексуальный инстинкт пугает (воспаление органов малого таза)<sup>1</sup>**

Джорджии 42 года, она страдала от рецидивов гинекологических инфекций, а ее врач не мог установить

1 Воспаление органов малого таза – это инфекция женских половых путей, которая вызвана, прежде всего, микроорганизмами, занесенными во время полового акта. Это заболевание сопровождается болями внизу живота и патологическими выделениями из влагалища. – *Прим. авт.*

причину и отследить пути нового инфицирования. Главная гипотеза гинеколога заключалась в том, что пациентка страдала от некоего иммунологического изъяна, который открывал инфекциям путь. Тем не менее, оставалось неясным, почему это расстройство проявлялось именно в репродуктивной системе. Ко мне Джорджию направил доктор, который счел ее депрессивной.

Она кажется принцессой, блаженной и отрешенной. Она выглядит очень молодо, но при этом невыразительно. Ее красивые руки привлекают внимание, она как будто никогда ими не пользовалась. Пациентка действительно происходит из очень богатой семьи и никогда не занималась домашним трудом. Она проводит дни за чтением романов и мечтами о сильном мужчине, который однажды придет и спасет ее от скучной жизни.

Вначале она не жаловалась ни на какие конфликты. Единственной проблемой был ее сильный страх перед собаками. Из-за этого страха она даже избегала улиц, на которых можно было бы их встретить.

Джорджия была также очень религиозна. Каждый день она посещала духовный центр и ходила в церковь на литургию. Ее брак был «нормальным», как она выразилась, а в сексуальные отношения с мужем она вступала лишь для того, чтобы сделать ему приятно, так как сама она не испытывала никакого удовольствия от этого.

В этом случае мы использовали песочную терапию. Вначале Джорджия не хотела касаться песка, чтобы «не запачкать руки». Со временем она стала менее сдержанной и свободнее обращалась с песком. Одновременно она начала учиться готовить и почувствовала большое удовольствие, особенно от приготовления мяса. Она с большой гордостью принесла мне пирог с начинкой, приготовленный своими руками.

Этот процесс иллюстрируют две композиции:

Собака разговаривает с девочкой и сильным, толстым Буддой (илл. VIII, см. вклейку). Собака просит Будду отойти от дверей, чтобы девочка могла прийти и отправиться с ней в лес поиграть. Будда говорит, что девочка не может выйти, она должна остаться внутри, чтобы молиться и медитировать.

Проститутка, женщина в красном, расстроена тем, что священник не пускает ее в церковь (илл. IX, см. вклейку). Под плодовым деревом сидит брошенный ребенок. Ребенок плачет от голода, но не может есть плоды. За камнем сидят большие насекомые, которые могут напасть на ребенка.

В этих двух сценах заметно, что отцовский комплекс пациентки (представленный священником и Буддой) не дает ей уйти, не дает отправиться в лес поиграть. Собака здесь представляет ее инстинктивную и сексуальную жизнь, которая ее пугает, а девочка – ее тень, которую религиозный авторитет держит в заключении. Ее тень также проявляется в проститутке и оставленном ребенке. Она боится, что высвобождение сексуальности превратит ее в проститутку.

При работе с символом собаки она фантазирует, что собака прыгнет и поставит свои лапы ей на грудь, но не укусит ее. В активном воображении мы замечаем, что этот образ вызвал некоторое сексуальное возбуждение, которое вызвало у нее растерянность. Она действительно вспомнила, как в детстве видела маленькую собачку, которая мастурбировала о мебель и эякулировала ей на ногу. Постепенно пациентка, к ее удивлению, начинает замечать чувственность своего тела и другие ощущения, которых она раньше не замечала.

### **Центральный символ процесса**

Трансдукция симптомов органического полюса смогла произойти с помощью работы с песком, в которой



**Рис. 6.4.** Резюме случая «принцессы-недотроги»  
(воспаление органов малого таза)

пациентка непосредственно имела дело со своим бессознательным конфликтом (рис. 6.4).

За этими репрезентациями последовали разнообразные сновидения. Джорджия увидела, что ее сильная религиозность была защитным механизмом против чувственности и эротизма. Джорджия происходила из очень традиционной, строгой семьи и замуж вышла по расчету. Теперь она смогла пересмотреть свою жизнь. Она открыла для себя большое удовольствие в том, чтобы возиться в земле, и увлеклась садоводством. По словам врача, спустя два года после окончания терапии инфекции больше не возникали.

### **Человек виновный: когда пытаются голову (мигрень)<sup>1</sup>**

49-летняя Хелен была известным преподавателем, примерно в течение десяти лет она страдала от мигрени.

<sup>1</sup> Мигрень – это состояние, которое описывают как повторяющиеся, обычно односторонние, сильные головные боли, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Происхождение остается загадкой. Приступам иногда предшествует расширение внутричерепных кровеносных сосудов. – *Прим. авт.*

Различное лечение приносило лишь временное облегчение. Она принимала самые современные препараты, и несмотря на это как минимум трижды в месяц бывало так, что она не могла работать или даже открыть глаза.

### Ход анализа

У пациентки была глубокая материнская травма. Когда ей было четырнадцать лет, она узнала, что мать родила ее от любовника. Правда она вспомнила, что еще в раннем детстве замечала материнские похождения. Она всегда боялась, что «законный» отец откроет эту тайну и убьет мать, так как он был склонен к насилию. Мать вынудила ее стать безмолвной сообщницей – факт, который она с трудом признала даже в процессе анализа.

Она отказалась выходить замуж, но заводила много связей и всегда разрывала отношения, влюбившись в другого человека. Обычно ее интересовали женатые мужчины, но лишь пока ей не удавалось заставить их разрушить свой брак.

В анализе мы смогли проработать ее ненависть к мужчинам и к матери. Она проявляла сильную защиту через соблазнение и, в то же время, четко идентифицировалась с матерью.

В момент острого приступа мигрени я попросила ее закрыть глаза и усилить боль в голове.

Хелен краснела все сильнее, и вены на ее лбу вздулись. Неожиданно она испуганно посмотрела и сказала:

*Я в деревне, и меня судят на открытом заседании. Кто-то стягивает мою голову жгутом, чтобы я признала свою вину.*

Хелен возвращается к сцене пытки и кричит всем, что она не виновата. Но она получает свободу только тогда, когда указывает на действительного виновника – свою мать. После этого, к моему удивлению, цвет ее лица снова становится нормальным, и пациентка чувствует полное и немедленное освобождение от мигрени.

Конечно, через несколько дней мигрень вернулась. Однако после того, как она признала другие чувства,

связанные с «виной», ее симптомы постепенно угасают, а потом и полностью исчезают.

### Центральный символ процесса

Терапия продлилась три года (рис. 6. 5). Подавленное страдание и мучительный страх того, что ее предательство разоблачат, вызывали у пациентки постоянное чувство, что бомба может взорваться в любую секунду. Хелен вспоминала, что, приходя вечером домой, она так боялась, что отец мог узнать правду, что пряталась в кровати с ужасной головной болью. Она также боялась, что ее может выдать сходство с биологическим отцом, и поэтому пыталась максимально менять внешность, скрывая лицо под длинными волосами и большими очками. В то же время, она ненавидела мужчин, обвиняла их в бесчестье и тоске, которыми была полна ее жизнь. Она использовала способность соблазнять (перенятую у матери), чтобы вытягивать деньги и губить своих партнеров, – отыгрывать «донжуанство», которым раньше очень гордилась.



Рис. 6. 5. Резюме случая «человека виновного» (мигрень)

В этом случае мигрень – это символ, который наилучшим образом выражал все ее комплексы. Позже Хелен сказала, что ей приходилось контролировать свои воспоминания и выдумки, чтобы не запутаться, и что часто она не могла вспомнить, что говорила ранее. Эта ложь, сначала используемая сознательно, со временем превратилась в защитный механизм, который ограждал ее от возможных смертельных опасностей. Ведь ей представлялось, что из-за своего пособничества она могла быть убита вместе с матерью. Это пособничество, даже невольное и направленное на защиту матери, порождало бессознательное чувство вины, мучившее пациентку. Ее органический симптом отступил только тогда, когда она смогла вскрыть первоначальный конфликт и рассказать о травматической ситуации, в которой вынуждена была жить. Понадобилось много сессий, чтобы достичь устойчивого облегчения, так как чувство ужаса и связанной с ним ненависти было очень интенсивным. Защитные механизмы, окружавшие симптом, защищали пациентку от более глубокой боли – боли быть собой, а значит, предавать матери, которая злоупотребила ее любовью и преданностью.

### **Грязная матка: вспомнившийся инцест (выкидыш)**

Изабель 28 лет, и у нее один за другим случаются выкидыши. За последние шесть лет она перенесла четыре самопроизвольных аборта. Последние две беременности она провела в постельном режиме, под присмотром врачей. И все равно, на шестом месяце она теряла ребенка. Медицинские обследования плода и матери не обнаруживали никаких органических проблем, которые могли бы объяснить происходящее.

Мы работали с помощью воображения, и однажды, закрыв глаза, Изабель дотронулась до своего тела и «увидела» зловонную грязную матку. Во время упражнения с воображением ей представилось, что она вытягивает из

матки веревку. Вместе с веревкой постепенно выходили куски отвратительного гниющего плода.

В этот момент Изабель начала вспоминать, что когда она была ребенком, мать после обеда укладывала ее спать в одной комнате с бабушкой. Она вспомнила, что бабушка ласкала ее и требовал, чтобы она тоже его ласкала (об этих событиях она потом совершенно забыла).

Сначала она думала, что это было приятно, но с течением времени бабушка стал еще больше злоупотреблять ею, и она не хотела больше с ним ложиться. Мать не понимала ее поведения, и ей приходилось снова идти «спать». Впоследствии Изабель вспомнила, что когда она не могла уснуть, ее бабушка мастурбировала ее, чтобы успокоить (в возрасте 6-7 лет).

Теперь все эти ситуации вспомнились с омерзением и отвращением. Важен также такой факт: когда Изабель было 12 лет, она увидела, как ее отец целовался с бабушкой. Отец все отрицал, и мать обвинила ее в попытке разрушить ее брак. Однако отец позднее ушел из дому и женился на бабушкой, в ту пору уже беременной.

Все эти события были нестерпимо болезненными для пациентки. Она много раз думала, что все это были галлюцинации и что она сходит с ума. В другое время она считала себя плохой и злой. Как она могла так плохо думать о таких хороших людях? Она чувствовала, что грязь была в ней самой, а не в других. Изабель чувствовала, что ее матка была местом, которое было плохим и грязным из-за того, что там было совершено «преступление». Там ничего хорошего жить не могло. Ее матка была зараженной и гнилой.

### **Центральный символ процесса**

Терапия состояла в «очищении матки» через техники воображения и смягчения подавляемых бессознательных эмоций, связанных с нахлынувшими образами. Ее матку заражала скверна, которая заключалась в воспоминаниях



об инцесте и лжи, скрывавшей тайные сексуальные контакты.

После восьми месяцев терапии Изабель забеременела и выносила нормальную беременность. Она отказалась от постельного режима и приема гормонов. Теперь она чувствовала, что ее матка – это чистое и красивое гнездо, в котором ребенок может жить и расти. Сегодня у нее трое здоровых детей.

В этом случае мы видим силу символического тела в форме беременной и зараженной матки. Этот образ, поселившийся в организме пациентки, сообщал ей о том, что здесь нет места беременности, так как матка уже занята разлагающимся плодом. В повторяющихся самопроизвольных абортах отражалось ощущение гадости и отвержения всего, что связано с маткой. Независимо от ее желания иметь ребенка, память, запечатленная в клетках тела, защищала ее от новой травматической ситуации. Можно даже сказать, что выкидыши были защитой, ограждающей Изабель от «инцестуозной беременности», в которое ее собственное существование было заражено инцестуозными и абьюзными отношениями.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наш маленький космический корабль «Земля» размером всего 8000 миль в диаметре, что составляет ничтожно малую величину в огромном пространстве космоса... Космический корабль «Земля» был изобретен и спроектирован столь выдающимся образом, что находясь на нем, насколько нам известно, уже в течение двух миллионов лет, люди даже не догадываются, что находятся на борту корабля. ...Еще один исключительно важный факт, касающийся космического корабля «Земля», заключается в том, что к нему не прилагается никакой инструкции.

(Fuller, 1963: 4)

В случаях, которые описаны в главах 5 и 6, нам удалось заметить, что когда эмоции пробуждаются и выражаются, то и физиологические изменения также не заставляют себя ждать. В случае Артура воспоминания об эмоционально насыщенных ситуациях раз за разом сопровождались колебаниями в артериальном давлении и аритмией. Бет постоянно испытывала ощущение жжения в суставах. У Сесилии, в связи со сложностью феномена, трансформации были не такими быстрыми и заметными, однако и в этом случае боль в области шрама от операции, вызванная отцовским образом, свидетельствовала о связи между эмоциями и физиологическими процессами.

Также ясно, что соматические симптомы прочно связаны с родительскими комплексами – и в происхождении,

и в развитии. Почти во всех случаях констелляция этих комплексов в актуальной ситуации (будучи спровоцирована переносом или иными обстоятельствами) сопровождалась переменами на физиологическом и на психологическом уровнях, и была заметна в настроении, эмоциях, образах, фантазиях, сокращениях мускулатуры, воспалениях, боли, аритмии и т. д.

Стрессовый фактор, рассматриваемый во множестве научных исследований, здесь наблюдается, лишь когда актуальная ситуация отражает конфликт, подобный тому, что вызвал первичное расщепление. В такие моменты в теле как будто воспроизводится память об эмоциях. Таким образом, противоречивые результаты многих исследований могут быть объяснены взаимодействием или отсутствием взаимодействия между комплексом и стрессогенным событием. Стрессогенное событие может вызвать патологический эффект, только если задевает комплекс. Если оно бьет мимо, то вызовет лишь такую эмоцию, которая может быть сознательно переработана и не застревает в теле.

В начале процесса анализа никто из пациентов не связывал проявления болезни с эмоциональными конфликтами. Если инстинкт располагается на инфракрасном конце спектра и поэтому недоступен для сознания, то прямой контакт с ним невозможен. Следовательно, подход напрямую через сознание будет бесполезен. У пациентов нет доступа к органическим механизмам, которые вызывают у них страдание. В трех основных случаях (глава 5), а также в виньетках других случаев (глава 6) кинестетические впечатления, которые возникали при манифестации комплексов, сами по себе были отщеплены от своих абстрактных репрезентаций, то есть пациенты не чувствовали, что же принимает форму в психическом плане, когда возникают их органические симптомы. Прорабатывая психические содержания синхронно с органическими симптомами, пациенты постепенно все лучше осознавали эти связи.

Эта работа происходила с использованием активного воображения, песочной терапии, экспрессивных и интерпретативных техник, которые позволяли сознанию встретиться с возникающими образами, напрямую относившимися к органическим симптомам. У Артура, например, это был образ человека-гранаты, появившийся, когда он сосредоточился на венах и артериях. У Бет, сконцентрировавшейся на суставах, возникли образы ниток (марионетки) и наручников, которые ограничивали движения пациентки. Сесилии явился образ ужасной, гигантской материнской фигуры, которая угрожала уничтожить пациентку. Понимание этих образов позволило уловить природу дисфункции оси эго – Самость.

Во всех представленных в книге случаях можно также заметить, как симптом/символ отражает психические структуры и/или наоборот. В случае Артура подавленная и стесненная любовь синхронистично отражалась в сердечной боли и патологии. А может быть правильное будет сказать, что сжатие вен и артерий отражалось в стесненной любви? в истории с Бет ее печаль, накопившееся чувство зависти и гнев выразились на органическом уровне в постепенном парализующем воспалении. Психический паралич синхронистично проявил себя и в теле через парализующее действие артрита. У Сесилии отчаяние и бунт через потерю веса и чувство омертвения отразилось в бунте и угрозе смерти на клеточном уровне.

По мере того, как образы обретают форму, проясняется и значение симптома. Из-за того, что почти во всех случаях были нарушены ранние отношения, могло произойти расщепление между фантазийной жизнью и кинестетическими ощущениями, и это расщепление препятствовало тому, чтобы пациенты выражали свои конфликты вербально или через эйдетические образы. И все же мы доказали, что ни одного из этих пациентов нельзя было назвать алекситимиком. Доказательством служат богатство и обилие образов, возникавших у них.

Возможно, для этих пациентов родительские фигуры, являющиеся ключевыми в регулировании младенческой психологической и физиологической активности, не осуществляли посредничество между психикой и телом. Тем самым способствовали блокировке символической, трансцендентной функции в теле, вместо того, чтобы поддерживать ее воплощение в фантазиях и образах, которые это могло бы ассимилировать. Исследования в области психонейроиммунологии, возможно, докажут, что критические периоды созревания срезовой и семейный стресс может вести к дерегуляции уровня гормонов стресса, особенно в мозге, что ведет к различным патологиям. Наша работа дополняет данные исследований, свидетельствующие о влиянии стресса и эмоциональной экспрессии на возникновение и лечение различных заболеваний. Подавление заблокированной способности наших пациентов к выражению переживаний ведет к тому, что конфликтные содержания и комплексы, связанные с телесными ощущениями и образами, погружаются в тень. Так, в тени человека-гранаты – гнев, который сдерживался годами. У Бет печаль и бессознательные гнев и зависть, витающие в тени, проявляются в наростах, ограничивающих движение. У Сесилии нуждающийся, раненный, отвергнутый ребенок живет в теле в виде органической жесткости и ранимости. Психика индуцирует соматизацию конфликтных и травматичных обстоятельств, которые не получилось интегрировать в сознательном плане. Активность компенсаторных механизмов также вносит вклад в смысл симптомов. У Артура враждебность и попытка подавить эмоциональную жизнь компенсировались физическими проявлениями со стороны сердца (уколы боли). У Бет гиперактивность компенсировалась блокировкой движений, а у Сесилии подавленный гнев вырывался под контролем в ее клетках. Возникновение символа в буквальном, телесном полюсе принуждало пациентов сражаться с собой и со своими комплексами и изменить свое одностороннее развитие.

Мы также видели количество и качество болезненной информации, подавленной и отрицаемой пациентами. Эти подавление и отрицание защищали организм от бессознательной, невыносимой, болезненной информации и в то же время воспроизводили ошибку. Информация, которая не может быть трансформирована сознательно, инкапсулируется в комплекс и производит повторяющиеся патологические симптомы. Заболевание, таким образом, поселяется в организме и заставляет его страдать от недостатка согласованности на всех уровнях. По словам Конфорти, «повторение выступает как автономное событие, морфогенетически закодированное, несущее насыщенный информационный набор указаний, закладывающий в каждую систему ее траекторию развития» (Conforti, 1999: 110).

«Повторение создает множество важных динамических свойств, определяющих жизнь индивида» (Conforti, 1999: 112) и может объяснить определенные наблюдаемые паттерны личности, соотносимые с некоторыми заболеваниями. Возможно, соматопсихические архетипические структуры дают основу для определенной однородности символического тела, ограничивающего возможности организма в экспрессии. Артур сначала демонстрирует черты личности, сходные с теми, что описываются как тип А, а Бет и Сесилия похожи на тип С. Поскольку все комплексы имеют универсальную архетипическую основу, возможно, индивиды со схожими патологическими чертами обладают сходными соматопсихическими структурами. То есть сходства в типе патологии могут отражать сходства в дисфункции отношений между эго, комплексом, архетипом и телом, а эти отношения, в свою очередь, обладают ограниченным спектром репрезентаций. Таким образом, исследования, которые соотносят личностные черты с заболеваниями, могут указывать на универсальность в синхронистичности патофизиологических и психопатологических манифестаций.

Исследования символизма тела доказывают эту универсальность, обнаруживая относительно ограниченное

число и сходство возможных проекций, приписываемых каждой части тела. Например, исследуя символизм сердца в различных культурах, от доисторических данных до современности, мы видим, что большинство мифов и образов, связанных с этим органом, относятся к паттерну любви и феминности. Этот архетипический паттерн довольно явно виден у пациентов с сердечными заболеваниями (Ramos, 1990). Работы по символическом телу, таким образом, дополняют когнитивные и эмпирические исследования в поисках общей теории.

В результате активности всех вышеупомянутых механизмов пациенты приходили к процессу, который вел их к индивидуации и интеграции эмоциональных содержаний. В случае Артура сердечное страдание вело к восприятию любовного страдания и открытию любовной жизни. В случае Бет боль, деформация и обездвиженность вели ее к осознанию того, что она отрицала свои желания и потребность в их воплощении, в результате чего пациентка снова смогла двигаться. А Сесилию рана и опухоль привели к интеграции раненной, отвергнутой девочки из тени и к остановке процесса саморазрушения.

Мы можем утверждать, что в изученных случаях (включая виньетки) органический симптом соотносился с расщеплением в репрезентации комплекса, при котором абстрактная, психическая часть была подавлена. Симптом/символ начинал развиваться автоматически и бесконтрольно, выявляя свой сложный и бессознательный характер.

Применение аналитической модели привело пациентов к раскрытию и интеграции абстрактного полюса затронутых комплексов. Благодаря аналитической модели и ее психотерапевтическим техникам стало возможным трансдуцировать симптомы из их органического полюса в абстрактный, уменьшить их патологическую экспрессию и вызвать улучшения в здоровье пациентов в целом.

Однако мы хотели бы также подчеркнуть, что смысла заболевания не дается изначально, это вероятностный

результат процесса рефлексии и осознания. Принудительное определение смысла каждого заболевания привело бы нас к другому сорту редукционизма. Послание редко бывает внятным, может быть множество вариантов. При встрече с феноменом комплекса, включающего здоровье и болезнь, абсолютистская позиция была бы недопустимо упрощенческой. Если целостность подразумевает здоровье плюс болезнь, то болезнь – это неотъемлемая часть процесса индивидуации, когда мы с ним сталкиваемся. Говоря об этом, мы хотели бы еще раз подчеркнуть мысль, изложенную выше: болезнь не обязательно связана с психопатологическим процессом, она может указывать на новый символ. Она становится или не становится выражением новой деинтеграции (личной или средовой), которая нуждается в осознании, и необходимо помнить, что чем ближе мы подходим к Самости, тем более сильная поляризация может возникнуть между здоровьем и болезнью. Творческая способность, эта инстинктивная сила, может вести как к здоровью, так и к болезни.

Эти размышления придают завершенный вид результатам, полученным в данной работе, и расширяют вклад, который аналитический подход может сделать в этой области. Введение понятия заболевания как символа разрешает светскую дихотомию «душа – тело»; оно стимулирует рефлекссию о переопределении границ психологического и биологического, психологии и медицины – те рефлекссию и переопределение, которые уже существуют в клинической практике.

Ласло (Laszlo, 2003) в своей лекции на Ассизской конференции, говоря об отношениях между психологией, биологией и физикой, объяснил механизмы, стоящие за формированием злокачественных клеток, назвав эти механизмы информационной ошибкой: раковая клетка получает обедненную информацию, которая заставляет ее размножаться патологическим способом. Необходимо дать клетке новую информацию, и сделано это может



ть на разных уровнях. Медицинские препараты и пла-  
то – лишь два из них, а есть еще символ.

Если мы понимаем здоровье как хорошо сбалансиро-  
ванную, интегрированную систему, то быть здоровым  
значит поддерживать сбалансированную и текучую  
регуляцию всех систем. Ошибка одной из них может  
создавать дисбаланс целого. Информация об ошибке в сре-  
де, например, трансдуцируется в различные системы и –  
в соответствии с уровнем сознания организма – может  
усвоиться или не усвоиться здоровым способом.

Если мы понимаем заболевание как обрыв коммуника-  
ции, то вопрос заключается в том, как поправить этот об-  
рыв. Вмешательство можно осуществить на каком-либо  
уровне или на разных уровнях одновременно.  
Мы должны найти тот из них, который более всего подхо-  
дит в конкретном случае. Использование символа как ин-  
формации, которая может вмешиваться в динамическую  
систему организма, – это, несомненно, возможность, ко-  
торая открывает большие преимущества междисципли-  
нарной работы и исследования.

Необходимо, таким образом, не просто производить  
больше самоценных научных данных, а вырабатывать  
критическую установку, язык которой служил бы про-  
движением в исследованиях и клинической практике, рас-  
ширял бы целостного индивида и поддерживал тех-  
нологию, которая ему служит.

Мы доказали в этой работе, что применение аналити-  
ческой модели в лечении заболеваний разного типа дает  
критическую и техническую почву, которая питает раз-  
личные области знания и расширяет наше понимание  
комплексной природы феномена «душа–тело».



## Приложение

# ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЦЕБО



О том, до чего наука дошла в игнорировании психологических факторов, можно судить по пренебрежительному отношению к плацебо-эффекту и к так называемым случаям чудесного исцеления. Несмотря на то, что исцеление верой (или с помощью веры во врача или лекарство) составляет часть нашей культуры с древних времен до сегодняшнего дня, оно до сих пор не удостоилось адекватного исследования современной наукой.

Слово «плацебо» часто используется в отношении сахарных драже, химических инертных препаратов или различных процедур, которые не имеют объективной терапевтической ценности. Буквально оно означает «повторяюсь» и связано с идеей удовольствия или утешения в страдании, чего так жаждет тот, кто принимает такое лечение (Pei, 1962).

А. К. Шапиро (1964), пионер в исследовании плацебо, определяет его как терапевтическую процедуру или отдельный компонент терапевтической процедуры, в отношении которого нет никаких объективных свидетельств его специфического воздействия на симптом, подлежащий излечению.

В истории бывали моменты, когда этот вид лечения принимался во внимание, – например, в романтический период. В двадцатом же столетии фактор плацебо в большинстве исследований отвергался. Если его и замечают, то интерпретируют как «спонтанное выздоровление» и никогда не считают результатом влияния психики. Понятие переноса было ограничено полем психологических расстройств и никогда по сути дела не применялось, чтобы содействовать лечению органических болезней. При испытаниях медицинских препаратов (например, в лечении пептидной язвы) биохимики и врачи заявляли, что они излечивают 50-60% пациентов, и это на 20 процентных пунктов эффективнее плацебо (Ornstein and Sobel, 1987). То есть в действительности плацебо облегчал симптомы у 30-40 процентов больных, однако этот факт остается незамеченным и не побуждает к дальнейшим размышлениям, и это доказывает, что мы до сих пор имеем дело с сопротивлением. Так что же это за волшебное «лекарство», которое исцеляет 30-40% больных буквально «ничем»?

Другие научные проекты, в которых ни пациенты, ни врачи не знали об участии плацебо, показали, что 35% пациентов с разнообразными послеоперационными болями испытывали значительное облегчение с помощью плацебо. В некоторых отчетах говорится о 50% случаев избавления от боли. Более тщательно контролируемые исследования дали устойчивый показатель примерно в одну треть пациентов, почувствовавших уменьшение боли на 50%.

Эванс (1985) в своих экспериментальных работах заключает, что эффективность плацебо в сравнении двойным слепым методом со стандартной дозировкой различных анальгетиков оказывается относительно устойчивой и соразмерной установленной эффективности активного обезболивающего препарата. В анализе различных исследований Эванс делает вывод, что эффективность плацебо составляет 55-60% от эффективности активных медикаментов, независимо от их мощности.

Так что для одних эффект плацебо – это непостижимая и ничего не значащая «помеха», которую лучше отбросить, а для других – заслуживающий внимания основополагающий компонент процесса исцеления. Это исследование открывает новую перспективу в понимании связи «душа–тело» и тех механизмов, которые позволяют психике вызывать биохимические изменения, необходимые для мобилизации телесных защит.

Если мы начнем уделять плацебо должное внимание, то с большой вероятностью обнаружим, что это мощный терапевтический инструмент, составляющий неотъемлемую часть повседневной клинической практики (Straus and von Ammon Cavanaugh, 1996). Часто цитируют слова А. К. Шапиро (1960) о том, что история медицинского лечения может быть описана как история плацебо-эффекта, поскольку до недавних пор все средства лечения и были плацебо (Ornstein and Sobel, 1987).

На протяжении веков возникало множество разнообразных и совершенно немислимых средств – экскременты животных, порошок из мумий, кровь летучей мыши, сушеные змеи, сперма жабы и тому подобное. Несмотря на их невероятность (или, может быть, как раз благодаря ей), эти снадобья улучшали самочувствие больных. Росси (1986) пишет о таких случаях, что должны же были быть какие-то причины, почему люди излечивались. Первая возможная причина в том, что это удивительные препараты содержали некий физиологически активный ингредиент. Вторая в том, что большинство заболеваний заканчиваются сами по себе. Они следуют своей естественной логике развития, и цикл завершается независимо оттого, было бы осуществлено медицинское вмешательство. Поскольку большинство людей обращаются к врачу, когда им становится уже совсем плохо, то последовавшее улучшение приписывается лечению, а не естественному ходу болезни.

Другое объявление, которое можно дать неожиданному излечению, заключается в том, что исцеляет не лекарство,

а вера в него и в лекаря, и эта вера запускает в теле некие могущественные механизмы самоисцеления (Rossi, 1986).

Таким образом, плацебо можно рассматривать как осязаемый символ того, что нечто совершается в помощь больному. Он запускает сеть мощных личных и культурных ожиданий, связанных с тем, что пациенту станет лучше. В нашем обществе царит вера в то, что улучшение жизни совершается с помощью технологий и химической промышленности, и разве может быть что-то лучше, чем таблетка, укол или даже операция? Они отвечают нашим потребностям в чем-то осязаемом, видимом, чему можно приписать исцеление.

В отношении плацебо существует несколько мифов, и они должны быть развенчаны (Ornstein and Sobel, 1987):

### **1. Плацебо физиологически инертно и поэтому действует только на психологические симптомы.**

Есть явные свидетельства того, что это заблуждение. На материале огромного количества исследований Генри Бичер из Гарвардской медицинской школы заметил, что в среднем одна треть тех, кто получал плацебо, сообщали о смягчении своих симптомов (Beecher, 1955). Эти симптомы включали боль в области послеоперационной раны, тошноту, головную боль, кашель, тревогу и другие проблемы. Даже с учетом того, что переживание боли субъективно, вряд ли можно утверждать, что послеоперационная боль не имеет органической природы.

### **2. Эффект плацебо совсем невелик.**

Наоборот, есть по крайней мере несколько признаков того, что эффект плацебо превосходит действие известной фармакологической активности лекарств (Wolf, 1950).

### **3. Плацебо – это всегда нечто хорошее.**

На самом деле, не все воздействия плацебо приятны и терапевтичны, его негативный вариант известен как «ноцебо» (от латинского «я причиню вред»). Если у пациента

лечение ассоциируется с негативными значениями и переживаниями, могут возникать различные весьма неприятные симптомы, например, учащенное сердцебиение, головокружение, головные боли, диарея, тошнота и кожные изменения (Frank, 1975; Margo, 1999; Papakostas and Daras, 2001).

Так за счет чего же действует плацебо? Похоже, некоторые люди более чувствительны к нему, чем другие (Sobel, 1990), хотя пока нет данных, позволяющих определить, играют ли тут роль черты личности. Скорее всего, один и тот же человек может откликнуться на плацебо в одном состоянии и не откликнуться в другом, поскольку побуждения или смысл симптома, которые человек привносит в определенную ситуацию, имеют гораздо больший вес, чем свойства личности, хотя эти факторы и могут взаимодействовать между собой. Эти идеи были подтверждены лабораторно, с помощью исследования со строго контролируруемыми переменными. Было показано, что преобладающим фактором в восприятии перемен в симптоме была мотивация – в большей степени, нежели прогнозируемые ожидания (Jensen and Karoly, 1991).

На плацебо-эффект оказывают влияние и наши представления о сущности лечения и его физических характеристиках. Похоже, что этот эффект усиливается, если в дело идут знаменитые бренды и громкие имена врачей, энтузиазм специалиста и его уверенность в пользе препарата, а также если вместо таблеток предлагаются инъекции (Sobel, 1990). На том, насколько быстро подействует лечение, сказывается и послание, сопровождающее процедуры. В эксперименте 30 человек проходили релаксационный тренинг, нацеленный на снижение артериального давления, причем половине из участников сообщили, что их давление снизится сразу после первого занятия, а остальных предупредили, что эффект наступит только после третьего. У тех, кто ожидал немедленного результата, показатели систолического давления снизились в семь раз сильнее, чем у остальных (Agras et al., 1982).

В исследовании Бенсона и Фридмана (1996) было показано, что эффект плацебо дает положительные клинические результаты в 60-90% заболеваний, включая стенокардию, бронхиальную астму, простой герпес и язву двенадцатиперстной кишки. Рандомизированные двойные слепые контролируемые пробы показали, что плацебо может оказывать лечебный эффект в таких разноплановых состояниях, как стенокардия (Benson and McCallie, 1979), эпилепсия (UK Gabapentin Study Group, 1990), боли различной природы (Turne et al., 1994) и рак (Downer et al., 1994).

В других изысканиях (Rossi, 1986; Benson and Friedman, 1996) было обнаружено, что отклик на плацебо является фактором излечения при различных заболеваниях, таких как:

1. Иммунная система: рак, папилломы, простой герпес, вирусная инфекция верхних дыхательных путей (простуда), лихорадка, поствакцинальная реакция, бронхиальная астма, множественный склероз и ревматоидный артрит.
2. Вегетативная нервная система: гипертензия, дилатация зрачка, нарушения состава крови, головные боли, эпилепсия и стресс.
3. Эндокринная система: диабет, язвы, нарушения желудочной секреции и моторики, колиты и менструальные боли.
4. Система кровообращения: стенокардия, хроническая сердечная недостаточность и риск летального исхода при ишемической болезни сердца.

Плацебо также выступает фактором исцеления в хирургическом или психологическом лечении, например, в выработке условных рефлексов (систематической десенситизации) и, возможно, во всех типах психотерапии (Shapiro and Morris, 1978; Rossi, 1986; Papakostas and Daras, 2001). Хотя некоторые симптомы на фоне других кажутся более устойчивыми к влиянию плацебо, ни одна система не остается совершенно безответной в отношении этого

эффекта. Поэтому невозможно, например, в практике врача использовать плацебо для различения психогенной боли и боли, вызванной органическими причинами.

Практическое значение этих открытий состоит в том, что отклик на плацебо составляет 55% во многих лечебных процедурах. Такая действенность предполагает, что независимо от конкретной проблемы, симптома или заболевания, за излечение и связь «душа–тело» отвечает некий общий глубинный механизм или процесс.

Нам пока неизвестно, что за механизм переводит веру в позитивные физиологические изменения. Есть свидетельства, связывающие плацебо-анестезию с высвобождением эндорфинов. Чем больше мы будем узнавать о физиологии плацебо, тем больше сможем выработать терапевтических приемов, которые запускают сложную систему излечения.

Плацебо-эффект доказывает, что в нас есть некие процессы самоисцеления, целая сложная исцеляющая система, которая может пробуждаться, получив соответствующие средовые и событийные сигналы; он также выступает в качестве наиболее наглядного проявления феномена «душа–тело».

До сей поры эти наши внутренние силы активизировались бессознательно, с помощью магии, внушения и верований. Нам трудно иметь дело с тем, что нематериально и неизмеримо, и поэтому силу, принадлежащую психике, мы приписываем чему-то внешнему и материальному. Культура, которая не умеет обходиться с чем-то «незримым» и предпочитает объяснять внутренние изменения внешними причинами, нуждается в таблетке. Плацебо умеет трансформировать «жажду жизни» в физическую реальность, – точно так же, как действует эмоциональный конфликт, когда выражает себя в соматизированной форме. То есть не находя возможности выразить конфликт на абстрактном уровне, организм «материализует» этот конфликт и, таким образом, делает его более «доступным», более «видимым».



В конечном счете, эти исследования показывают, как символ может воздействовать на тело, запуская симптом или поддерживая процесс исцеления. Плацебо выступает посредником в психическом воздействии на материю и в этом качестве является реальным опосредующим символом в феномене «душа–тело».

Далее перед нами стоит задача разработки альтернативных средств, которые позволили бы подступиться к пониманию динамических механизмов этой сложной системы и научиться активизировать эти механизмы в лечении, поскольку они, несомненно, активно участвуют в появлении болезни.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Благодарности</b> .....	<b>4</b>
<b>Предисловие к первому изданию на русском языке</b> .....	<b>5</b>
<b>Введение</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Некоторые модели и концепции болезни и исцеления</b> .....	<b>12</b>
Примитивная модель.....	14
Греческая модель .....	17
Картезианская модель .....	20
Романтическая модель .....	22
Биомедицинская модель.....	24
Холистическая модель.....	36
<b>2. Аналитическая модель</b> .....	<b>41</b>
Психофизические эксперименты.....	41
Теория комплексов.....	44
Формирование символа.....	45
Развитие символического процесса.....	48
Символ как третий фактор в феномене психика–тело .....	54
Трансцендентная функция и теория трансдукции .....	56
Синхронистичность.....	59
Финалистский подход и компенсационный механизм.....	60
<b>3. Болезнь как символическое проявление. Новая идея</b> .....	<b>62</b>
<b>4. Критический анализ психосоматических исследований</b> .....	<b>67</b>
Болезни сердца и психологические факторы .....	69
Ревматоидный артрит и психологические факторы.....	77
Рак и психологические факторы .....	82
Заключение.....	93
<b>5. Аналитическая модель в органических заболеваниях</b> .....	<b>95</b>
Человек-граната: когда сердце взрывается. Заболевание сердца.....	96
Стоик: когда суставы воспаляются. Ревматоидный артрит.....	104
Депрессивная: когда клетки бастуют. Рак.....	116
<b>6. Символическое тело. Виньетки клинических случаев</b> .....	<b>142</b>
Подавленная личность: когда кожа извергается (акне розацеа).....	143
Запертая личность: когда ничто не выводится (фекалома) .....	146
Мерзнущие руки: когда мы плаваем подо льдом (синдром Рейно) .....	149
Принцесса-недотрога: когда сексуальный инстинкт пугает (воспаление органов малого таза).....	152
Человек виновный: когда пытаются голову (мигрень) .....	155
Грязная матка: вспомнившийся инцест (выкидыш) .....	158
<b>Заключение</b> .....	<b>161</b>
<b>Приложение. Исследования плацебо</b> .....	<b>169</b>
<b>Литература</b> .....	<b>177</b>